

**Die Beeinflussung wahrgenommener Handlungs-Ergebnis-Kontingenzen bei Kindern
durch einen spezifischen mototherapeutischen Ansatz**

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

Erlangung der Doktorwürde

des

Fachbereichs Erziehungswissenschaften
der Philipps-Universität Marburg/Lahn

vorgelegt von

Astrid Krus

aus Willich

Marburg/Lahn 2001

Vom Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps- Universität Marburg als
Dissertation angenommen am:

Abschluss der mündlichen Prüfung am:

Betreuer:

2. Gutachter:

Für die persönliche und fachliche Betreuung danke ich Prof. Dr. Klaus Fischer, der mir ebenso wie Prof. Dr. Friedhelm Schilling, vom Beginn meines Motologiestudiums bis heute wichtige Impulse für das Entstehen der vorliegenden Arbeit gab.

Mein Dank gilt dem leitenden Arzt des Kinderneurologischen Zentrums Düsseldorf, Prof. Dr. Gross-Selbeck, der es mir in vielen Berufsjahren ermöglichte, umfassende und fundierte Kenntnisse im Bereich der Neuro- und Sozialpädiatrie zu erlangen und die Umsetzung der Promotionsarbeit unterstützte. Ebenso möchte ich meiner Kollegin Frau Helga Göllitz für die fachliche und persönliche Hilfe danken.

Besonderer Dank gilt meinen Mann und Kollegen, Armin Wegener, der mir nicht nur über lange Zeit den Rücken für meine wissenschaftliche Arbeit freigehalten hat, sondern mir auch durch seine kritischen Anregungen ein kompetenter Berater war. Meinen Kindern Friederike und Hannes danke ich für ihr Verständnis und ihre Geduld, da sie auf manche gemeinsame Stunde mit mir verzichten mußten.

Ein ganz besonderes Dankeschön richte ich an meine Mutter Gisela Krus, die mich nicht nur in vielerlei Hinsicht tatkräftig unterstützt hat, sondern mir gemeinsam mit meinem verstorbenen Vater durch ihre liebevolle und wertschätzende Erziehung Mut und Selbstvertrauen vermittelt hat, diese Arbeit zu schreiben.

Inhalt

Einleitung	6
1. Angewandte Motologie des Kindesalters	12
1.1. Standortbestimmung	12
1.2. Theoretische Grundlagen der psychomotorischen Entwicklungstherapie	14
1.2.1. PIAGETs strukturgenetische Entwicklungstheorie	15
1.2.2. Konzepte der Kausalattribution	18
1.2.3. Das Spiel als kindlicher Umweltbezug	24
1.2.4. Die Bedeutung der Bewegung	31
1.2.4.1. Bewegung und Erfahrung	31
1.2.4.2. Personale Erfahrung	33
1.2.5. Entwicklung durch Handlung	38
1.2.6. Die ökologische Entwicklungstheorie BRONFENBRENNERs	40
1.2.7. Die humanistische Psychologie nach ROGERS	44
1.2.8. Beziehungserfahrungen als Grundlage menschlicher Identität	46
1.2.8.1. Frühe Bindungserfahrungen	47
1.2.8.2. Geschwisterbeziehungen	52
1.2.8.3. Peer-Group Erfahrungen	58
2. Auswahl des Konstrukts der Kontrollüberzeugung als handlungs- und verhaltensregulierende Komponente	60
2.1. Die soziale Lerntheorie ROTTERs	62
2.2. Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen	67
2.3. Frühe Kontingenzerfahrungen	71
2.4. Kontrollrelevante Informationen	76
2.4.1. Direkte persönliche Erfahrungen	77
2.4.2. Stellvertretende Erfahrungen	79
2.4.3. Verbal vermittelte Überzeugungen	80
2.4.4. Physiologische und emotionale Überzeugungen	82
2.4.5. Sozial präsentiertes Kontingenz- und Kontrollwissen	82

3.	Entwicklung von Kontrollüberzeugungen	84
3.1.	Funktionserfahrungen	88
3.2.	Kausalerfahrungen	89
3.2.1.	Elementare Ursachenerfahrungen	89
3.2.2.	Differenzierte Ursache-Wirkungs-Erfahrungen und Ergebnisevaluation	90
3.3.	Internale Kausalattribution	91
3.4.	Erfolgserfahrung/Mißerfolgserfahrung	92
3.5.	Ursachendifferenzierung: Die Kontrollüberzeugungen	94
3.6.	Quantitatives Wachstum/Identität: Selbstbild und Selbstwert	96
3.7.	Auseinandersetzung mit Werten und Wertrealisierung	96
3.8.	Auseinandersetzung mit Kontrollgrenzen	96
3.9.	Relevante Lebensbereiche	98
3.10.	Generalisierung von Erwartungen	102
3.11.	Einfluss spezifischer Erziehungs- und Sozialisationskontexte auf die Entwicklung von Kontrollüberzeugungen	104
4.	Entwicklungs- und Störungskonzept der psychomotorischen Entwicklungstherapie	108
4.1.	Entwicklungskonzept	108
4.2.	Prozessvariablen von Entwicklungshandeln	109
4.2.1.	Situationsanalyse	109
4.2.2.	Motivierungsvorgang	112
	<i>Exkurs:</i> Das Leistungsmotiv	113
4.2.3.	Handlungsausführung	117
4.2.4.	Selbstbewertung	120
4.2.4.1.	Intrapersonale Konsequenzen	121
4.2.4.2.	Interpersonale Konsequenzen	123
4.2.5.	Weitere Folgen	124
4.3.	Störungskonzept	126
4.3.1.	Die individuelle Bewältigungsgeschichte von Lebensereignissen	127
	<i>Exkurs:</i> Das Anstrengungsvermeidungsmotiv	130
4.3.2.	Soziale Stützsysteme	138

4.4.	Konsequenzen des Störungskonzepts	141
4.4.1.	Therapieziele	141
4.4.2.	Therapieziele in der psychomotorischen Entwicklungstherapie	150
4.4.2.1.	Förderung des allgemeinen Entwicklungsverhaltens	150
4.4.2.2.	Förderung von Bewältigungsstrategien bei Problemverhalten	151
5.	Diagnostikphase	155
5.1.	Interaktion mit dem Kind	156
5.1.1.	Motometrische Verfahren	158
5.1.1.1.	Motoriktest für 4-6jährige (MOT)	158
5.1.1.2.	Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)	160
5.1.1.3.	Punktiertest für Kinder (PTK)	161
5.1.2.	Motoskopische Verfahren	162
5.1.2.1.	Trampolin-Körperkoordinationstest (TKT)	162
5.1.2.2.	Graphomotorisches Komplexbild	163
5.1.3.	Klinische Beobachtungen	165
5.1.4.	Freie Spiel- und Bewegungsbeobachtung	167
5.1.5.	Fragebogen zur Selbstwahrnehmung	174
5.1.6.	Fragebogen zur Erfassung internaler und externaler Kontrollüberzeugungen (FIEK)	175
5.2.	Interaktion mit den Eltern	176
5.3.	Interaktion mit beteiligten Institutionen	183
6.	Therapeutenverhalten in der psychomotorischen Entwicklungstherapie	184
6.1.	Allgemeine Strategien	187
6.1.1.	Gestaltung einer entwicklungsfördernden Therapeut-Kind-Beziehung	187
6.1.2.	Förderung selbsttätigen Handelns	188
6.1.3.	Förderung erfahrungs- und bedeutungsschaffenden Lernens	189
6.2.	Spezifische auf das Störungskonzept bezogene Strategien	195
6.2.1.	Gestaltung der Anforderungssituation	195

6.2.2.	Unterstützung im Entscheidungsprozess	197
6.2.3.	Förderung bei der Auswahl von Handlungsstrategien	197
6.2.4.	Steuerung der Zuschreibungsprozesse	198
6.2.4.1.	Mitteilung attributionsrelevanter Informationen	199
6.2.4.2.	Kausalattribution durch den Therapeuten und Modell-Lernen	201
6.2.4.3.	Indirekte Mitteilungen	201
6.3.	Bedeutung der Verbalisation für den Therapieprozess	204
7.	Phasen der psychomotorischen Entwicklungstherapie	206
7.1.	Indikationsplanungsphase	206
7.1.1.	Erstellung eines Therapieplans	207
7.1.1.1.	Therapiebereiche und Therapieziele	208
7.1.1.2.	Ausgangslage, Vorgehensweise und Vernetzungen	211
7.1.1.3.	Verlauf und Ergebnisse der Therapie	213
7.1.2.	Elterngespräch	214
7.2.	Therapiephasen	215
7.2.1.	Orientierungsphase	215
7.2.2.	Auseinandersetzungsphase	218
7.2.3.	Erweiterungsphase	221
7.2.4.	Übertragungsphase	223
7.3.	Abschlussphase	225
8.	Rahmenbedingungen	231
8.1.	Institutionelle Strukturen	231
8.2.	Einzel- oder Gruppentherapie	233
8.2.1.	Vorteile der Gruppentherapie	233
8.2.2.	Kriterien zur Zusammensetzung der Gruppe	234
8.2.3.	Therapeutenverhalten in der Gruppe	235
8.3.	Räumliche und materielle Bedingungen	236
8.4.	Fachkompetenz des Therapeuten	238

9. Vernetzung beteiligter Mikrosysteme	240
9.1. Arbeit mit der Familie	240
9.1.1. Begleitende Elternarbeit	242
9.1.1.1. Inhaltliche Schwerpunkte der Elternarbeit	242
9.1.1.2. Formen der Elternarbeit	245
9.1.2. Einbeziehung der Geschwister	247
9.2. Begleitende Beratung von Kindergärten	250
9.2.1. Hospitation in der Einrichtung	251
9.2.2. Beratungsgespräch mit den pädagogischen Fachkräften	251
9.2.2.1. Die kindbezogene Beratung	253
9.2.2.2. Die Bezugspersonenberatung	254
9.2.2.3. Die Beratung zur pädagogischen Gestaltung	255
9.2.3. Rückmeldung an die Eltern	256
9.2.4. Angebot der Hospitation für die pädagogischen Fachkräfte in der therapeutischen Einrichtung	256
9.2.5. Helferkonferenzen	257
10. Methodisches Vorgehen	259
10.1. Dokumentation der psychomotorischen Entwicklungstherapie	261
10.2. Goal Attainment Scaling	267
11. Kasuistiken	
11.1. Fallbeispiel Andreas	272
11.2. Fallbeispiel Levin	300
11.3. Fallbeispiel Norbert	323
11.4. Fallbeispiel Silas	357
12. Rückblick und Ausblick	383
Anhang	390
Literatur	426

Einleitung

Die vorliegende Arbeit entstand aus der langjährigen praktischen Tätigkeit als Diplom – Motologin im Kinderneurologischen Zentrum in Düsseldorf.

Im Rahmen meines Aufgabengebietes wurden mir Kinder zur Diagnostik und Therapie vorgestellt, deren Probleme auf der beobachtbaren Verhaltensebene global beschrieben werden können als:

- ◆ Verweigerung von Handlung, Sprache und Gruppenaktivitäten bei gezielten Anforderungen im sozialen Alltag von Kindergarten und Schule
- ◆ Rückzug auf einen eingeschränkten Handlungsspielraum
- ◆ Rückzug aus sozialen Kontakten
- ◆ Mangelndes Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten.

Im diagnostischen Elterngespräch und der Verhaltensbeobachtung ergaben sich bei einer Vielfalt individueller Besonderheiten auch folgende gemeinsame Strukturen:

- ◆ die Kinder verharrten in bekannten, vertrauten Spielsituationen
- ◆ sie wagten sich nur selten an neue Aufgaben heran
- ◆ sie reagierten in neuen Situationen mit Rückzug bis hin zur massiven Verweigerung mit heftigen Gefühlsausbrüchen
- ◆ sie wichen Anforderungen aus oder verweigerten gänzlich
- ◆ in bestimmten Entwicklungsbereichen waren kaum Fortschritte zu erkennen (Graphomotorik, Gesamtmotorik).

Die vorgestellten Kinder waren ausnahmslos im Vorschulalter und die Auffälligkeiten wurden in ihrer Wichtigkeit erstmals im Kindergarten deutlich. Dieser erste Schritt aus dem Privatbereich der Familie in eine unter professioneller pädagogischer Leitung stehende Sozialisationsinstanz stellt *"... eine Schlüsselsituation für die Früherkennung von Entwicklungsproblemen (dar)"* (MAYR 1998, 100).

Die sehr behutsame, in alltägliche und vertraute Spiel- und Bewegungssituationen eingebundene Beobachtung in den diagnostischen Einheiten verdeutlichte das Dilemma der Kinder. Ein Teil von ihnen wies Koordinationsschwächen oder –störungen auf, diese unterlagen jedoch periodischen Schwankungen oder waren nicht so ausgeprägt, als dass sie ursächlich für das zu beobachtende Verhalten bewertet werden konnten. Die anderen Kinder verfügten über umfassende Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen, schienen sich

dieser aber nicht bewusst oder sicher zu sein, um damit zur eigenen Bedürfnisbefriedigung auf die Umwelt einwirken zu können. Es entstand der Eindruck als hätten sie kein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, keine Vorstellung von der Wirksamkeit ihrer eigenen Handlungen, um die im Alltag präsentierten Aufgaben bewältigen zu können. Demzufolge blieb auch bei den Eltern und Erziehern¹ häufig das Gefühl, „*der/die könnte, wenn er/sie nur wollte*“ einhergehend mit der Vorstellung einer absichtlichen, die Bezugsperson provozierenden Verhaltensweise.

Das Verstehen dieser kindlichen Verhaltensweisen und ein adäquater therapeutischer Umgang mit ihnen erforderte die Suche nach theoretischen Konzepten, die Erklärungs- und mögliche Handlungsansätze liefern könnten.

Die zum Teil sehr eindrucksvolle und zugleich traurig stimmende Darstellung von mangelnder Überzeugung, wirksam und effektiv auf seine Umwelt Einfluss nehmen zu können, war der Anlaß, mich mit den Forschungsfeldern der Leistungsmotivation (HECKHAUSEN 1980), der Attributionstheorie (WEINER 1994), der erlernten Hilflosigkeit (SELIGMAN 1999) und der wahrgenommenen Wirksamkeit (FLAMMER 1990) auseinanderzusetzen. Die Konstrukte der Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit (KRAMPEN 1989, 1992, FLAMMER 1990) lieferten dabei überzeugende Erklärungsmodelle für die beobachtete eingeschränkte Handlungsfähigkeit der vorgestellten Kinder. Die aktive, selbsttätig handelnde Auseinandersetzung des Kindes mit seiner Umwelt stellt sozusagen das Kernstück und zugleich intendierte Ziel aller psychomotorischen Ansätze dar, das sich aus den in der Motologie verwendeten Entwicklungstheorien ableiten lässt.

Die Fokussierung auf die Handlungsfähigkeit als Moderatorvariable für die kindliche Entwicklung hin zu einer autonomen, selbständigen Persönlichkeit erfolgt in den gegenwärtigen Konzepten vorrangig unter zwei Perspektiven. Einerseits unter einem funktionalen Aspekt, der die Quantität und Qualität der Handlungskompetenzen betont und als therapeutischer Leitgedanke den Umfang und die Varianz von Bewegungsanlässen, die Auswahl und Präsentation von Material sowie die inhaltliche Ausrichtung in Ich-, Sach- und Sozialkompetenz in den Mittelpunkt rückt. Auf der anderen Seite betrachten die verstehenden Ansätze kindliche Handlungen in ihrer Einbindung in die Lebenswelt des Kindes und die damit verbundene Sinngebung für das Individuum, was in einem Konzept dialogischen Handelns in spiel- und bewegungsorientierten Situationen mündet.

¹ In dieser Arbeit wird lediglich aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Sprachform für beide Geschlechter gewählt. Ausnahmen bilden Abschnitte, in welchen es sich tatsächlich nur um Männer oder Frauen handelt.

Weit weniger Aufmerksamkeit wurde bislang den motivationalen und volitionalen Aspekten der Handlung (HECKHAUSEN 1980, KUHL 1983a, b) geschenkt, die letztendlich die Handlungsfähigkeit als solche, die Bewertung und erkenntnisgeleitete Erfahrung in Bezug auf Ich-, Sach- und Sozialkompetenzen bestimmen. Die Entstehung unterstützender wie hemmender Einflüsse dieser motivationalen und volitionalen Bedingungsfaktoren auf die Handlungsfähigkeit werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit differenziert betrachtet, um aus dieser Analyse konzeptionelle Überlegungen für eine therapeutische Intervention begründen zu können.

Die Theorien boten Hintergrundwissen an, das Verhalten der Kinder zu verstehen und waren zugleich Ausgangspunkt für Überlegungen, welche therapeutischen Schritte den Kindern und ihren Eltern helfen könnten.

Es war mein vorrangiges Bestreben bei Eltern wie Kindern eine Einstellungsveränderung zu erzielen, um auf elterlicher Seite Verständnis für die Verhaltensmechanismen des Kindes aufzubringen und einen neuen Zugang zum Kind zu ermöglichen und auf der kindlichen Ebene die eigenen Kompetenzen und Ressourcen zu entfalten bzw. zu fördern und die Wahrnehmung für die eigene Wirksamkeit zu schulen.

Die Durchsicht der aus dem Konzept der Kontrollüberzeugungen abgeleiteten Therapieverfahren (Missattributionstraining/Reattributionstraining)² sind vornehmlich in der kognitionspsychologischen Richtung angesiedelt. Aus motologischer Sicht stellte sich aber nun die Frage, inwieweit die angewandte Motologie einen wirkungsvollen Ansatz zur Förderung darstellen kann.

Ohne auf die historische Entwicklung der psychomotorischen Idee und der damit verbundenen Vielfalt an Begrifflichkeiten und Abgrenzungen näher einzugehen³, ist eine Kernaussage aller Ansätze, dass die psychomotorische Entwicklungsförderung eine Förderung zur Entwicklung der eigenen Identität ist. *"Körper- und Bewegungserfahrungen stellen aus dieser Richtung der Psychomotorik für das Kind nicht nur wesentliche Medien der Aneignung der Wirklichkeit dar, sie werden auch als Grundlage seiner Identitätsentwicklung angesehen"* (ZIMMER 1999, 45).

Nicht nur der Begriff der Psychomotorik erscheint in vielen Facetten, ebenso ist der Identitätsbegriff vielfältig. Die in der angewandten Motologie relevante Identitätstheorie (HAUSSER 1995) geht von der Annahme aus, dass sich die Identität aus den Konzepten Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugung zusammensetzt, die sich wech-

² Siehe FÖRSTERLING 1985

³ Siehe dazu SEEWALD 1993, HÖLTER 1998

selseitig beeinflussen. Diese Wechselbeziehung wird an anderer Stelle ausführlicher behandelt. Für die zuvor gestellte Frage gibt es jedoch dahingehend eine erste Antwort, dass das Wahrnehmen und Erleben eigener körperlicher Kompetenzen, wie es die Psychomotorik beansprucht, den Aufbau des Selbstbildes und des Selbstwertgefühles fördern. Darüber hinaus bietet der strukturelle Rahmen der Förderkonzepte Raum und Möglichkeiten, den Aufbau spezifischer Erwartungshaltungen zu unterstützen.

Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung einer in der Praxis entwickelten und theoretisch fundierten therapeutischen Konzeption zur psychomotorischen Förderung von Kindern, deren generalisierte Erwartungshaltungen von Mißerfolgsannahmen und mangelnden Bewältigungsmöglichkeiten geprägt sind.

Das Verständnis von Entwicklung als einem lebenslangen Prozess und die Annahme, dass Störungen dieses Prozesses, der Anpassungsleistungen des Individuums erfordert, Bestandteil des Entwicklungsgeschehens sind, bilden die Grundlage der vorliegenden Konzeption. Erst die Erfahrung und das Wissen um die Verfügbarkeit entsprechender Kompetenzen und Kontrollmöglichkeiten zur Bewältigung von Störungen lösen eine *persönlichkeitsstabilisierende* Entwicklung aus, die mit dem Aufbau neuer Fähigkeiten, der Erweiterung von Handlungsfeldern und positiven Selbstwerteinschätzungen einhergeht.

Auf der Grundlage der Entwicklungstheorien von PIAGET 1987, BRONFENBRENNER 1981 und FLAMMER 1996 wird ein Verhaltens- und Störungskonzept entwickelt, das für den klinisch-therapeutischen Bereich Bedingungsfaktoren devianten Verhaltens benennt, potentielle Therapieziele aufzeigt und entsprechende therapeutische Interventionsmöglichkeiten vorstellt. Eine auf entwicklungsökologischen Gesichtspunkten (BRONFENBRENNER 1981) basierende Intervention intendiert, das Kind im Rahmen seines sozioökonomischen Kontextes auf die Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben oder normativer kritischer Lebensereignisse vorzubereiten und störende Umgebungsbedingungen zu verändern. Derartige Interventionen zielen erstens auf gezielte Kompetenzerweiterung, Ressourcenaktivierung und Unterstützung entwicklungsfördernder Regulationsmechanismen beim Kind selbst, zweitens aber in gleichem Maße auf eine Beeinflussung der beteiligten Mikrosysteme⁴ hin zu Akzeptanz und Schaffung angemessener Lebens- und Lernbedingungen für das einzelne Kind und sie zielen drittens auf eine entwicklungsfördernde Vernetzung

⁴ Mikrosystem: das soziale System (Familie, Kindergarten, Gleichaltrige), an dem das Kind beteiligt ist (BRONFENBRENNER 1981)

auf der Mesoebene⁵, die sich in systematischer Elternarbeit und Fachberatung von Kindergärten/Schulen darstellt.

Der kindertherapeutische Diskurs bewegt sich seit Jahren im Spannungsfeld der Dichotomie individuumszentrierter und systemischer (und artverwandter) Sicht. Je nach therapeutischer Schule wurden dabei entweder sozioökonomische oder ontogenetische Einflussgrößen der kindlichen Entwicklung außer Acht gelassen. Neuere kindertherapeutische Konzepte⁶ versuchen einen Brückenschlag zwischen diesen beiden Polen und bemühen sich um eine Integration bislang widerstreitender therapeutischer Ansätze im Bewusstsein eines insuffizienten einseitigen Vorgehens.

Im ersten Kapitel werden die grundlegenden Entwicklungstheorien und Kernaussagen einer angewandten Motologie des Kindesalters dargestellt, um daraus die Einsatzmöglichkeiten eines psychomotorischen Therapiekonzeptes für spezifische Störungsbilder ableiten zu können.

Im zweiten Kapitel werden die Begriffe Kontrolle, Wirksamkeit und Kontrollüberzeugung in ihrem theoretischen Umfeld eingegrenzt und ihre Bezüge zu anderen verwandten Konstrukten beschrieben. Die differenzierte Darstellung der Entwicklung von Kontrollüberzeugungen im dritten Kapitel dient dazu, unterstützende Bedingungen aber auch mögliche Störfaktoren in diesem Entwicklungsprozess im Kindesalter aufzuzeigen.

Im vierten Kapitel wird aus entwicklungs- und motivationspsychologischer Sicht das grundlegende Entwicklungs- und Störungskonzept der psychomotorischen Entwicklungstherapie beschrieben, aus dem sich das therapeutische Erklärungs- und Handlungsmodell ableiten lässt. In Rückbezug auf die im ersten Kapitel aufgezeigten Grundannahmen der angewandten Motologie des Kindesalters und als Konsequenzen aus dem Störungskonzept werden die für die psychomotorische Entwicklungstherapie relevanten Therapieziele abgeleitet.

Das fünfte Kapitel dokumentiert die für die therapeutische Arbeit konstitutive Diagnostik, die neben Daten aus der direkten Interaktion mit dem Kind (familien-)systemische und sozioökonomische Informationen aus den involvierten relevanten Mikrosystemen erfasst. Das Kernstück der Arbeit stellen das sechste und das siebte Kapitel dar, in denen die Verknüpfung zwischen der Bedeutung des Konstrukts der Kontrollüberzeugungen für die kindliche Identitätsentwicklung und dem Konzept der Psychomotorik in einem umfassen-

⁵ Mesoebene: Vernetzung einzelner Mikrosysteme (BRONFENBRENNER 1981)

⁶ Siehe revidiertes Konzept der Spieltherapie von SCHMIDTCHEN 1999

den Therapiekonzept für die Überwindung entwicklungshemmender Kontrollüberzeugungen bei Kindern mündet. Das sechste Kapitel benennt mit der differenzierten Darstellung des Therapeutenverhaltens die Beziehungsregeln, die das Verhalten des Therapeuten in der Interaktion mit dem Kind definieren. Das siebte Kapitel expliziert in Form der einzelnen Therapiephasen die Methodenregeln, mit deren Hilfe bei Vorliegen eines Problems der Veränderungsprozess initiiert wird.

Im achten Kapitel werden die institutionellen, räumlichen und materiellen Rahmenbedingungen sowie das erforderliche Fachwissen des Therapeuten aufgezeigt, die neben den konzeptimmanenten Modalitäten die Wirksamkeit und Effektivität jeglicher Intervention determinieren. Basierend auf den entwicklungsökologischen Annahmen runden im neunten Kapitel Strategien zur vernetzenden Arbeit aller Mikrosysteme wie Familie, Kindergarten oder Schule die therapeutische Intervention mit dem Kind ab.

Im zehnten Kapitel wird die gewählte methodische Vorgehensweise diskutiert, Entwicklungsverläufe und Effektivität spezifischer Interventionsmaßnahmen zu präsentieren und die für eine umfassende Falldokumentation geforderte Datenstruktur dezidiert dargestellt. Das elfte Kapitel dokumentiert anhand ausgewählter Kasuistiken die Umsetzung des Therapiekonzeptes in die klinische Praxis, den Therapieverlauf sowie die Effektivität der durchgeführten Maßnahmen.

Im abschließenden Ausblick wird die Relevanz der vorgestellten therapeutischen Konzeption für die kindertherapeutische Praxis diskutiert und die sich aus der konzeptionellen Arbeit ergebenden Veränderungen und Erweiterungen für die Ausbildung des klinischen Motologen aufgezeigt. Letztendlich wird die Notwendigkeit und Thematik weiterführender wissenschaftlicher Arbeiten zur Ergänzung und Vervollständigung der vorliegenden Konzeption angesprochen.

1. Angewandte Motologie des Kindesalters

Die wissenschaftstheoretische Auseinandersetzung mit der Psychomotorik als einem Aspekt der menschlichen Motorik aber auch einem pädagogischen und auch therapeutischen Konzept hat eine Vielzahl von theoretischen Abhandlungen und konzeptionellen Ansätzen hervorgebracht, die gleichermaßen als Ergänzungen wie als Gegenpole vorhandener Grundlagen bezeichnet werden können. Die entstandene Konzept- und Begriffsvielfalt wie *psychomotorische Übungsbehandlung*, *Mototherapie*, *kindzentrierte psychomotorische Therapie*, *psychomotorische Entwicklungsförderung* ist letztlich Ausdruck einer sich ständig weiterentwickelnden Konzeptionsbreite aber auch –verschiedenheit. Eine Systematisierung der gegenwärtigen Konzeptionen wurde aus unterschiedlichen Perspektiven bereits von SCHILLING 1990, SEEWALD 1993 und HÖLTER 1998 vorgenommen, um gemeinsame Grundannahmen, aber auch die divergierenden Einflüsse anderer Wissenschaftsrichtungen aufzuzeigen.

Der Kernpunkt aller Ansätze bleibt die Überlegung, welche Theorie der jeweiligen Konzeption zugrundeliegt und welchem Aspekt der praxeologischen Anwendung, der Pädagogik oder der Therapie sie sich zugehörig fühlt.

1.1. Standortbestimmung

Die grundlegende Frage ist die Einordnung des vorliegenden Konzepts in den Kanon vorhandener "helfender Ansätze". Die Diskussion um die Einordnung der psychomotorischen Förderung in die Bereiche Pädagogik oder Therapie und darin wiederum hinsichtlich der Zuordnung zu Psychotherapie oder Physiotherapie ist in der Literatur⁷ umfassend thematisiert worden. Durch die Zugehörigkeit berufstätiger Motologen zu einem "Behandlungen" finanzierenden Gesundheitssystem sind diese Diskussionen nicht nur von inhaltlichen Argumenten getragen, sondern in starkem Maße auch von gesundheits- und berufspolitischen Erklärungen (Abrechnungsfähigkeit von Mototherapie). Einen ersten ernst zu nehmenden Ausweg aus diesem Dilemma der Zugehörigkeit bietet SEEWALD 1998a mit seiner These an, die psychomotorische Förderung einem eigenständigen dritten Zweig zuzuordnen, dem die Leitdifferenz "spezieller Förderbedarf" versus "kein spezieller Förderbedarf" zugrundeliegt und der als *psychomotorische Entwicklungsförderung* bezeichnet werden soll. Die grundlegenden Gedanken und dahinter stehenden Entwicklungstheorien bringen die Prämissen zahlreicher angewandter Psychomotorikansätze auf einen Punkt, wiewohl die Aus-

⁷ KIPHARD 1984, MATTNER 1985

arbeitung noch zu wenig differenziert ist und der Arbeitsweise der angewandten Motologie im therapeutischen Arbeitsfeld m.E. nicht ganz entspricht.

Der hier vorgestellte Ansatz verbindet die Inhalte einer an Entwicklungstheorien begründeten psychomotorischen Förderung mit den für den therapeutischen Bereich erforderlichen Störungstheorien und Leitlinien.

Die Etablierung einer Behandlungsmethode erfordert eine begriffliche Bezeichnung, die den Inhalt und den theoretischen Ansatz reflektiert, ohne jedoch durch sprachliche Neukonstruktionen der bereits existierenden Begriffsvielfalt und Verwirrung Vorschub zu leisten. Die Bezeichnung *Mototherapie* setzt m.E. die Gewichtung zu stark auf die motorische Ebene und benennt nicht explizit das für dieses Arbeitsfeld entscheidende Element der Verbindung von Psyche und Bewegung wie es der Terminus *Psychomotorik* impliziert. Der Zusatz „*kindzentriert*“ wie ihn auch VOLKAMER/ZIMMER 1986 verwenden, stellt eine sinnvolle Ergänzung dar, da es sich im therapeutischen Setting mit jedem einzelnen Kind um eine Neukonstruktion handelt, welche die individuellen Entwicklungsbelange einbezieht. Gleichwohl fokussiert dieser Begriff die Aufmerksamkeit auf das Kind und vernachlässigt dabei die aus (familien-) systemtheoretischen Gesichtspunkten notwendige Involvierung der Eltern und Geschwister, so dass auf diesen additiven Begriff verzichtet wird. Bleibt zuletzt die Entscheidung darüber, ob es sich bei dem hier vorgestellten Konzept um ein Konzept zur Entwicklungsförderung oder zur Therapie handelt. Eine Entscheidung, die so einfach nicht gefällt werden kann, da sich die aus der Konzeption abgeleitete Interventionsmaßnahme wie in anderen Kindertherapien⁸ auch als Schnittmenge versteht und in ihrer Dichotomie grundsätzlich fragwürdig erscheint.

Förderung kindlicher Entwicklung im Sinne einer durch gezielt gesetzte Anreize initiierten Unterstützung ist ein inhärenter Bestandteil der vorliegenden Konzeption, würde jedoch als Terminus technicus einer ebenso an Diagnostik, Störungstheorie und Effizienzkontrolle orientierten Methode nicht gerecht. Die Minimierung einer vorhandenen Störungssymptomatik durch die therapeutische Beeinflussung dysfunktionaler Kontrollüberzeugungen, welche die aktive Handlungsfähigkeit des Kindes hemmen, ermöglicht dem Kind erst wieder die aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt und dadurch eine Weiterentwicklung der kindlichen Persönlichkeit im umfassenderen Sinne. Daher wird als relevanter Terminus für die vorliegende Konzeption der Begriff der *psychomotorischen Entwicklungstherapie* gewählt.

⁸ SCHMIDTCHEN 1999, 16

1.2. Theoretische Grundlagen der psychomotorischen Entwicklungstherapie

Die Entwicklungsthematik stellt - wie FISCHER es formuliert - den *unbestrittenen Hauptgedanken* (1996a, 193) der Motologie dar, die sich in Bezug auf die historischen Einflüsse als *entwicklungstheoriegeleitete Handlungswissenschaft* (FISCHER 1996a, 193) präsentiert. Das Problem ist dabei jedoch der Gegenstandsbereich der Entwicklungstheorien, denn sie thematisieren selten den gesamten Entwicklungsprozess, vielmehr werden verschiedene Merkmale analysiert. Um der Komplexität menschlicher Entwicklung gerecht zu werden bedarf es mehrerer Theorien, die aus unterschiedlichen Perspektiven die für das jeweilige Konzept notwendigen Fragestellungen beleuchten, ohne sich jedoch in ihren Grundannahmen auszuschließen. Die metatheoretische Orientierung der Wissenschaftsdisziplin Motologie und deren Bezug auf unterschiedliche Anwendungsfelder ist Gegenstand zahlreicher Publikationen⁹. Für die hier vorliegende Arbeit der angewandten Motologie des Kindesalters wird auf die vorhandenen Grundlagen verwiesen, ohne sie umfassend zu wiederholen. Im Folgenden werden ausschließlich die Aspekte einzelner Theorien explizit betrachtet, die für diese Konzeption relevant sind, da sich daraus Erklärungsmodelle und Handlungsansätze ableiten lassen, die bislang in der motologischen Theorienbildung unberücksichtigt blieben.

Der Ausdruck Psychomotorik entstand Anfang des vergangenen Jahrhunderts im Rahmen neurologischer Forschung und hat im weiteren Verlauf unterschiedliche inhaltliche Nuancierungen erfahren. Ausgangspunkt war ein eher medizinisch-neurologisches Verständnis der Psychomotorik als die „*Willkürmotorik, willkürliche Bewegungen, die einem Zweck dienen*“ und deren wichtigstes Merkmal „... *die Verzahnung mit Wahrnehmung und kognitiven Prozessen (ist)*“ (DORSCH 1996, 617) oder Psycho|motorik verstanden als die *Gesamtheit des durch psychische Vorgänge beeinflussten körperlich seelischen Ausdrucksverhaltens* (PSCHYREMBEL 2000).

Ein zweiter Aspekt beschreibt Psychomotorik als ein Erklärungskonstrukt für einen Ausschnitt menschlichen Verhaltens, den HÖLTER wie folgt definiert: „*Unter Psychomotorik verstehe ich eine, über eine biomechanische und physiologische Sichtweise hinausgehende, Interpretation der menschlichen Leiblichkeit und Bewegung, bei der die Wechselwirkung von physischen, psychischen und sozialen Faktoren besonders bedeutsam ist* (HÖLTER 1990, 94) und das tiefenpsychologische und phänomenologische Auslegungen mitberück-

⁹ FISCHER 1996a, b, HAAS 1999, PHILIPPI-EISENBURGER 1991

sichtigt.

In Abgrenzung dazu steht die *Psychomotorik als ein pädagogisches und therapeutisches Konzept*, das im praxeologischen Sinn als psychomotorische Entwicklungsförderung oder Mototherapie und in ihrer wissenschaftlichen Orientierung als Motologie bezeichnet wird. Den Ursprung der psychomotorischen Konzepte bildet die von KIPHARD in den 60er Jahren entwickelte psychomotorische Übungsbehandlung in der Westfälischen Kinder- und Jugendpsychiatrie (Gütersloh). Ausgehend von seinen Beobachtungen der positiven Veränderungen verhaltensauffälliger Kinder durch eine bewegungsorientierte Maßnahme wuchs das Bedürfnis und die Notwendigkeit das geschaffene praktische Übungsgut theoretisch zu fundieren, um es lehrbar und zugleich transparenter und effizienter zu gestalten. Ausgehend von dem Grundgedanken, *"dass Persönlichkeitsentwicklung durch Handeln, in dem kindliche Bewegungs- und Wahrnehmungstätigkeit, Erleben und Kognition eine untrennbare Einheit bilden, durch die tätige Auseinandersetzung mit der materialen und sozialen Umwelt geschieht"* (SCHILLING 1990, 70-71) und es ein zentrales Anliegen der Psychomotorik ist, *"in individuelle Entwicklungen einzugreifen, diese Entwicklung zu verstehen, sie zu unterstützen, sie zu steuern, aber auch drohende Fehlentwicklungen zu verhindern"* (SCHILLING 1990, 64), lag die Orientierung an einer Entwicklungstheorie nahe, die der Bewegung besondere Relevanz zuschreibt.

1.2.1. PIAGETs strukturalistische Entwicklungstheorie

PIAGETs (1975) strukturalistische Entwicklungstheorie bot die erforderliche These der Bedeutung von Bewegung und Wahrnehmung als entwicklungsbestimmender Aspekt für die intellektuelle Entwicklung des Menschen.

Kognitive Fähigkeiten entwickeln sich demnach in der handelnden Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Umwelt. Dieser Entwicklungsprozess ist durch veränderliche wie invariante Elemente gekennzeichnet. Bei den veränderlichen Komponenten sind die durch entwicklungspsychologische Gesetzmäßigkeiten beeinflussten Elemente von den interindividuellen zu unterscheiden. Erstere umfassen die sogenannten Schemata, letztere die Inhalte, auf welche die Schemata angewendet werden können und die für jedes Individuum variieren. Als invariante Funktionen benennt PIAGET die *Anpassung* und die *Organisation*.

"Intelligenz ist Anpassungsverhalten (Adaptation)" (PIAGET 1975, 14), dem die Prozesse der Akkomodation und Assimilation zugrundeliegen (PIAGET 1975, 15 ff). Akkomodati-

on beschreibt die Einwirkungen der Umwelt auf vorhandene Strukturen, während Assimilation die Einverleibung der neuen Aspekte der Umwelt bedeutet. Beide Mechanismen stehen in wechselseitiger Abhängigkeit und eine intellektuelle Anpassung tendiert dahin, *"... ein Gleichgewicht zwischen den sich gegenseitig ergänzenden Mechanismen der Assimilation und Akkomodation herzustellen"* (PIAGET 1975, 17). Die zweite invariante Funktion ist die Organisation oder Strukturbildung, die von der Anpassung nicht getrennt werden kann. Organisation wird definiert *als Beziehung zwischen den Teilen und dem Ganzen* (PIAGET 1975, 18) und stellt sozusagen den internen Aspekt des Assimilations- und Akkomodationsprozesses dar. Die Koordination einzelner (Verhaltens-) Schemata mit allen anderen lässt den für die therapeutische Intervention notwendigen Schluss zu, dass die Veränderung eines (Verhaltens-) Schemas nicht ohne den intendierten Einfluss auf das Gesamtverhalten bleibt.

Nicht allein die kindliche Handlung in ihrem sozialen Kontext dient dem Aufbau kognitiver Strukturen, sondern ein wesentliches Moment ist die wahrgenommene Erfahrung einer ursächlichen Verbindung zwischen dem eigenen Handeln und der Wirkung in der Umwelt, die sich auf die Veränderung materialer Eigenschaften (z.B. Ortsveränderungen, etwas in Schwingungen bringen) ebenso beziehen kann wie auf Rückmeldungen aus sozialen Kontakten (Lächeln der Mutter, Nachahmung der Lall- Laute) und sozusagen Auslöser für weitere erkenntnisbringende Aktivitäten ist.

Der Wunsch, die Ursache für ein beobachtetes Phänomen zu erkennen, ist ein ganz basales Grundbedürfnis des Menschen, denn nur dadurch wird unsere Welt verständlich, sind Wirkweisen einzuschätzen und wird vorausschauendes Planen und Handeln möglich. Die Entwicklung des Ursache-Wirkungs-Verständnisses bezieht sich dabei auf zwei Bereiche, einerseits auf das Verständnis von Effekten, die sich in der Umwelt ereignen und andererseits auf Wirkerfahrungen, die aus der eigenen Aktivität des Individuums resultieren.

PIAGET sah in der Erfassung kausaler Beziehungen die Grundlage menschlicher Erkenntnisprozesse bedingt dadurch, *"... dass die Fortschritte einer solchen Strukturierung (Strukturierung und Differenzierung der kindlichen Erkenntnisprozesse) wesentlich von denen der Intelligenz abhängen und dass die Kausalität letzten Endes selbst als die Intelligenz angesehen werden muss, die sowohl auf die zeitlichen Beziehungen als auch auf die Organisation eines dauerhaften Universums angewendet wird"* (1998, 304f).

Insbesondere für die erste, vorsprachliche Phase der praktischen Intelligenz sind die eigene Handlung und deren Erfolg bzw. Mißerfolg das entscheidende Kriterium, denn *"... am Anfang gibt es für das Kind keine Kausalität außerhalb seiner eigenen Handlungen"* (PIA-

GET 1998, 212). Auch wenn man in der sensomotorischen Phase noch nicht konkret von Kausalvorstellungen sprechen kann, beschreibt PIAGET diese Erfahrungen als Urteile, die *"... - wären sie mit Worten ausgedrückt - mit etwas gleichbedeutend wären, wie 'man kann diese bestimmte Handlung mit diesem Objekt ausführen' oder 'man könnte zu diesem Ergebnis kommen'"* (1998, 346).

Die Grundprozesse und Entwicklungsschritte zum Aufbau der ersten Kausalerfahrungen und des grundlegenden Kausalverständnisses¹⁰ bilden nach PIAGET 1998 gewissermaßen die Basis der Intelligenz und der Einschätzung mit eigenen Handlungen Wirkungen erzeugen zu können, Kontrolle zu haben. Denn erst die ursächliche Zuschreibung von Wirkungen auf die eigene Handlungsfähigkeit ermöglicht das Erleben eigenen Erfolges und eigener Kompetenzen, den Aufbau der Kontrollüberzeugung. *"Die primitive Kausalität könnte also als eine Art Effizienzgefühl oder ein Gefühl des Wirkens, das an die Handlung als solches gebunden wird, verstanden werden"* (PIAGET 1998, 220). In seiner Arbeit zum Aufbau der Wirklichkeit beim Kind hat PIAGET durch zahlreiche Beobachtungen und Experimente die Wahrnehmungsbasis, die frühe Entwicklung und weitergehende Differenzierung der kindlichen Kausalvorstellungen detailliert beschrieben. In seinen theoretischen Ausführungen und praktischen Beispielen finden die grundlegende Modelle der Attributionsforschung Anwendung.

Da die Attributionstheorien die Prinzipien der Ursachenzuschreibung aufzuklären versuchen und zugleich die Grundlage für den Aufbau der Kontrollüberzeugungen auch im Rahmen therapeutischer Interventionen bilden, werden sie im folgenden Kapitel übersichtsmäßig skizziert. PIAGETS umfassende Darstellung der Entwicklung der Kausalität wird in Kapitel 2.3. im Zusammenhang mit dem Aufbau der Kontrollüberzeugungen explizit referiert.

¹⁰ Siehe dazu ausführlicher EIMER 1987, GÖRLITZ 1983, PIAGET 1998

1.2.2. Konzepte der Kausalattribution

Der Wunsch Ursachen und Hintergründe zu erfassen, entspringt dem Bedürfnis, Verhalten und Ereignisse aus der unmittelbaren Lebensumwelt zu verstehen und sie damit vorhersehbar und vor allem kontrollierbar zu machen. In der kindlichen Entwicklung geht die Erweiterung der sprachlichen Kompetenzen einher mit dem schier unstillbaren Drang der Kinder alles aber auch wirklich alles mit einem "Warum" zu hinterfragen. Dieses im Kindesalter sehr ausgeprägte Verhalten setzt sich ein Leben lang - wenn auch in anderem Ausmaß und in anderer Gewichtung - fort und findet sein wissenschaftliches Äquivalent in der Forschung und Erkundung unterschiedlichster Phänomene. So haben Attributionstheorien¹¹ Eingang gefunden in die Entwicklungspsychologie (PIAGET 1998), Sozialpsychologie (ROTTER 1972), die Klinische Psychologie (FÖRSTERLING 1986) und die Motivationspsychologie (WEINER 1976), die sich der für uns relevanten Frage des Einflusses kausaler Erklärungen von Erfolg und Mißerfolg auf leistungsbezogenes Verhalten widmet.

Die Motivationspsychologie unterscheidet bei der Kausalattribution zwischen

- ◆ Kausalattribution in der Objektwahrnehmung
- ◆ Kausalattribution in der Personwahrnehmung und
- ◆ Kausalattribution in der Selbstwahrnehmung.

Unter dem Aspekt der Bewertung eigener Handlungen liegt der Schwerpunkt der folgenden Ausführungen auf der Kausalattribution der Selbstwahrnehmung.

Die Ursachenzuschreibung ist kein einfacher, linearer Prozess, sondern ein vielschichtiges, komplexes Verfahren. Die Auseinandersetzung mit der Frage nach den Ursachen für Ereignisse führte zu der Erkenntnis, dass es nicht *die* Ursache für ein Geschehen gibt, vielmehr eine Vielfalt von Wirkursachen existiert und dass der Ursachenzuschreibung unterschiedliche interpersonelle Voraussetzungen zugrundeliegen.

Die Attributionstheorien gehen davon aus, dass Menschen im Alltag durch ähnliche Mechanismen zu Erklärungen gelangen wie Wissenschaftler und prägten daher die Metapher vom Menschen als *naivem Wissenschaftler*.

¹¹ Eine ausführliche Darstellung der philosophischen Grundlagen der Attributionstheorien und ihrer Auswirkungen auf verschiedene Zweige der Psychologie (HEIDER 1973, KELLEY 1967) findet sich bei EIMER 1987.

HEIDER 1977 geht in seiner Analyse davon aus, dass Menschen Ursachen entweder durch personimmanente oder durch Umweltfaktoren erklären wie Abbildung 1 veranschaulicht.

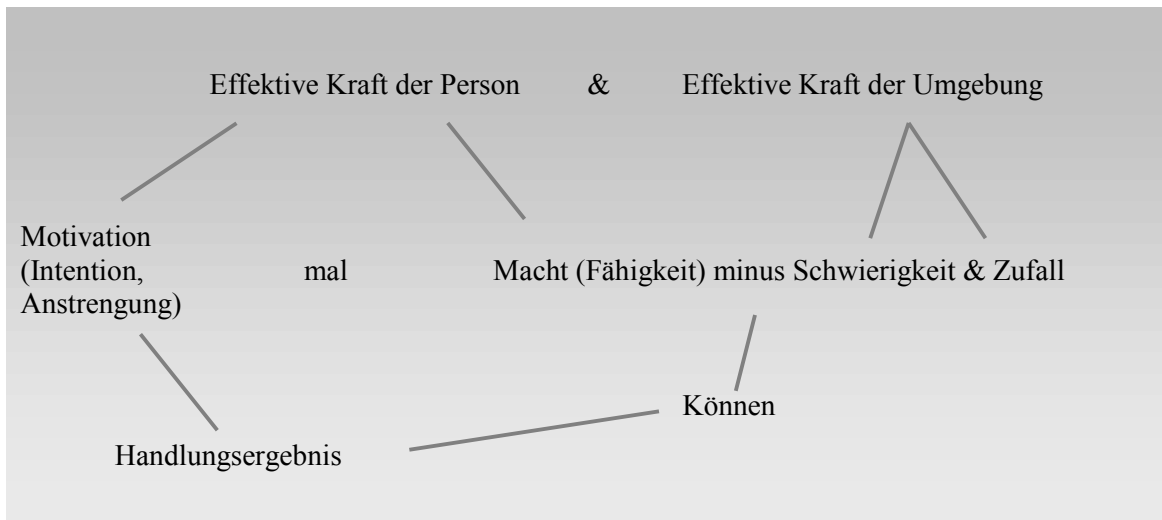


Abb. 1 Ursachenzuschreibung in der naiven Psychologie in Anlehnung an HEIDER nach MEYER/FÖRSTERLING 1993

Bei den personimmanenten Ursachen unterscheidet HEIDER zwischen einem motivationalen Faktor (Intention oder Anstrengung) und einem dispositionalen Faktor (Fähigkeit), die seiner Theorie nach multiplikativ verknüpft sind, da sowohl ein gewisses Maß an Anstrengung aufgewendet als auch eine gewisse Fähigkeit vorhanden sein muss, um ein Handlungsergebnis bewirken zu können. Die Umgebungsbedingungen differenziert er in den relativ zeitstabilen Faktor Aufgabenschwierigkeit und den eher variablen Faktor Zufall oder Glück/Pech, die additiv miteinander verknüpft sind.

Aus diesem Konzept resultiert die Frage, unter welchen Bedingungen eher personimmanente Faktoren oder eher Umweltfaktoren zur Begründung herangezogen werden.

J.S. MILL¹² hatte in seinen Arbeiten darauf verwiesen, dass jede Wirkung viele und verschiedenartige Ursachen hat, die oft auch nur als Bedingungen genannt werden. Sein Verdienst ist es, die Beziehungen von hinreichenden und notwendigen Bedingungen und Ursachen mit seiner Differenzmethode weiter analysiert zu haben. Mit dieser noch heute relevanten Methode versuchte er die fraglichen Bedingungen unabhängig zu variieren und festzustellen, welchen Bedingungen mit dem Erscheinen der Wirkung kovariieren. HEIDER argumentiert demnach in Anlehnung an MILL (1872), dass eine Wirkung derjenigen Ursache zugeschrieben wird, die vorhanden ist, wenn der Effekt vorhanden ist und die

¹² MILL 1872 zitiert nach MEYER/FÖRSTERLING 1993

nicht vorhanden ist, wenn der Effekt nicht vorhanden ist.

KELLEY (1967) hat diese Sichtweise aufgegriffen, weiter systematisiert und mit seinem *Kovariationsmodell* die Attributionsforschung entscheidend geprägt. Nach seinem Modell erklären Menschen eigene oder fremde Verhaltensweisen mit Eigenschaften der Person (P), Eigenschaften der Objekte oder Personen, auf welche die betroffene Person reagiert (O) sowie mit besonderen Umständen oder dem Zeitpunkt (U). Die ersten beiden Kategorien (P/O) sind mit HEIDERS Einteilung in personimmanente und Umweltfaktoren gleichzusetzen, KELLEY schreibt Zufall und Anstrengung jedoch der Kategorie Umstände zu. Mit diesen Dimensionen gelang es KELLEY, drei wesentliche Attributionsbedingungen zu formulieren, nämlich *Konsens*, *Distinktheit* und *Konsistenz*. Informationen über Kovariationen eines Ereignisses mit der Person bezeichnet er als Konsens. Der Konsens ist hoch, wenn sich viele Personen gegenüber einem Objekt gleich verhalten. Kovariation mit Eigenschaften der Person/des Objektes nennt er Distinktheit, die hoch ist, wenn sich eine Person nur gegenüber wenigen Objekten so verhält wie gegenüber dem bestimmten Objekt. Als Konsistenz beschreibt er die Kovariation mit Zeitpunkten und Umständen; dabei ist die Konsistenz ist hoch, wenn sich eine bestimmte Person zu verschiedenen Zeitpunkten und unter verschiedenen Umständen gegenüber einem bestimmten Objekt gleich verhält. Diese drei Bedingungen gestatten nun, in geeigneter Kombination spezifische Hypothesen über das Zustandekommen typischer Kausalattributionsmuster, nämlich Ursachenzuschreibung auf die handelnde Person, die Zuschreibung auf das Objekt oder die Objektperson und die Zuschreibung auf die Umstände vorzunehmen.

	Konsens	Distinktheit	Konsistenz	Attribution
ggh	gering	gering	hoch	Handelnde Person
hhh	hoch	hoch	hoch	Objekt(person)
ghg	gering	hoch	gering	Umstände/Zeit

Tab.1 Ursachenzuschreibung anhand der Dimensionen Konsens, Distinktheit, Konsistenz nach FLAMMER 1990, 38

Eine Handlung wird kausal dem Handlungssubjekt zugeschrieben, wenn sich diese Person vielen Objekt-Personen gegenüber so verhält (geringe Distinktheit) und das auch unter unterschiedlichen Umständen (hohe Konsistenz) und wenn sich diese Person darin von anderen Personen unterscheidet (geringer Konsens). Eine Handlung wird hingegen kausal einer Objekt-Person zugeschrieben, wenn sich viele Personen (hoher Konsens) dieser ge-

gegenüber immer wieder (hohe Konsistenz) so verhalten, aber vielen anderen Personen gegenüber nicht (hohe Distinktheit). Letztendlich wird eine Handlung kausal einer Situation (= den besonderen Umständen) zugeschrieben, wenn sich eine Person einer Objekt-Person gegenüber nur zu einem bestimmten Zeitpunkt oder nur unter bestimmten Umständen (Geringe Konsistenz) so verhält und das Verhalten weder gegenüber anderen Personen (hohe Distinktheit) noch bei anderen Personen (geringer Konsens) beobachtet werden kann. Diesem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass die Zuschreibung aufgrund mehrfacher und umfassender Beobachtungen erfolgt, um anhand der Kovariation eine Ursache ableiten zu können. Im Alltag nehmen wir aber auch Zuschreibungen infolge einmaliger Beobachtungen vor, die nach KELLEY von sogenannten kausalen Schemata geprägt sind. Als kausale Schemata benennt er:

- ◆ das Schema multipler notwendiger Ursachen

Bei der Erklärung unüblicher Ereignisse geht man von der Annahme aus, dass mehrere Ursachen notwendig sind, um einen Effekt zu erzielen

- ◆ das Schema multipler hinreichender Ursachen

Bei der Erklärung "üblicher" Ereignisse wird die Ursachenzuschreibung von der Annahme geleitet, dass eine Ursache ausreichend ist, um einen Effekt zu erzeugen

Ein weiteres kognitives Schema, das sich allerdings nicht auf das Zusammenwirken von verschiedenen Ursachen, sondern auf die Zusammenfassung von vorgestellten oder beobachteten vergangenen Ereignissen bezieht, sind Erwartungen.

- ◆ Das Schema Erwartung

Bei der Ursachenzuschreibung die durch Erwartungen geleitet ist, werden erwartungskonsistente Ereignisse (Erfolg einer kompetenten Person) eher mit stabilen Faktoren begründet (Fähigkeit), während erwartungsinkonsistente Ereignisse (Mißerfolg einer kompetenten Person) eher mit variablen Bedingungen (Zufall/Pech) erklärt werden.

Neben der Konklusion aufgrund von Kovariationsbeobachtungen gibt es noch weitere Bedingungen, welche die Ursachenzuschreibung determinieren. MICHOTTE (1963) konnte in umfassenden Untersuchungen aufzeigen, dass zeitliche und räumliche Kontiguität zwischen potentieller Ursache und zu erklärendem Ereignis als wesentliche Determinante angesehen wird. Zudem werden bei der Attribution diejenigen Ereignisse als Ursache bevorzugt, die dem Effekt am ähnlichsten sind.

Auf der Grundlage der Theorien von HEIDER und KELLEY hat WEINER 1994 für die Motivationspsychologie das umfassendste Konzept psychologischer Auswirkungen von

Ursachenzuschreibungen entwickelt. Sein Modell berücksichtigt die unterschiedlichen Dimensionen von Attributionen und analysiert zugleich die Konsequenzen der verschiedenen Dimensionen für das Verhalten und Erleben des Individuums.

WEINER geht davon aus, dass die Bewertung eines Erfolges bzw. Mißerfolges nach einer ausgeführten Handlung unter Berücksichtigung der folgenden Klassifikationsfaktoren stattfindet:

- ◆ Internal versus external (Lokalitätsdimension)
- ◆ Variabel versus konstant (Stabilitätsdimension)
- ◆ Kontrollierbar versus unkontrollierbar (Kontrolldimension).

In der Lokalitätsdimension unterscheidet er wie HEIDER und KELLEY zwischen personimmanenten (internen) und Umweltfaktoren (externe) und auf der Stabilitätsebene zwischen stabilen (zeitüberdauernden) Faktoren wie Aufgabenschwierigkeit und Fähigkeit und variablen (sich verändernden) Bedingungen wie Anstrengung und Zufall. Aus diesen Dimensionen und ihrer Kreuzung hat sich das vielbeachtete zweifaktorielle Modell der Ursachenerklärung nach WEINER ergeben.

<div style="text-align: center;"> Lokalitäts- dimension Stabilitäts- dimension </div>	Internal	External
	Fähigkeit	Aufgabenschwierigkeit
Konstant		
Variabel	Anstrengung	Glück/Pech

Tab. 2 Zweifaktorielles Modell in Anlehnung an WEINER (aus KLEBER 1992)

In diesem Schema unberücksichtigt blieb der Gedanke der Kontrollierbarkeit der einzelnen Faktoren durch das Individuum wie im Falle von Anstrengung und Müdigkeit. Beides sind interne, variable Faktoren nach dem oben dargestellten Vierfeldschema, Anstrengung unterliegt jedoch der willentlichen Kontrolle und Steuerung des Individuums, während Müdigkeit eher unkontrollierbar ist. WEINER erweiterte demzufolge das ursprüngliche Kon-

zept um die Dimension Kontrollierbarkeit.

	Kontrollierbar		Unkontrollierbar	
	Stabil	Variabel	Stabil	Variabel
Internal	Konstante Anstrengung	Variable eigene Anstrengung	Eigene Fähigkeit	Eigene Müdigkeit und Stimmung; Fluktuationen der eigenen Fähigkeit
External	Konstante Anstrengung anderer Personen	Variable Anstrengung anderer	Fähigkeit anderer, Aufgabenschwierigkeit	Müdigkeit, Stimmung und Fluktuation der Fähigkeiten anderer, Zufall, Glück

Tab. 3 Dreifaktorielles Modell (aus WEINER 1994, 271)

Abramson et al. (1978) haben später noch die Dimension Generalität hinzugefügt, welche die Spannbreite der Effekte einer Ursache beschreibt. So würde man mangelnde Intelligenz als Ursache nach einem Mißerfolg als global bezeichnen, während fehlende Kenntnisse in einem Spezialgebiet eher als spezifisch bezeichnet würden.

Die Grundannahmen der Ursachenzuschreibung wie es das Kovariationsmodell von KELLEY darstellt, finden sich in PIAGETS Konzept von den einfachen eigenen Wirkerfahrungen hin zur abstrakten Kausalität insbesondere bei der präkausalen Erklärung in der präoperationalen Phase wieder. Diese Erkenntnisstrukturen werden nur durch die aktive, handelnde Auseinandersetzung des Kindes mit seiner Umwelt aufgebaut, wie PIAGET immer wieder betont.

Die kindliche Handlung als das Medium, durch das sich Entwicklung in unterschiedlichen Bereichen vollzieht, stellt gleichermaßen unter methodischen Gesichtspunkten das Bezugssystem therapeutischer Interventionen dar. Entwicklung und Veränderung menschlicher Verhaltensweisen als Produkt der kindspezifischen Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten der personalen und materiellen Umwelt, fokussieren die Aufmerksamkeit auf die der jeweiligen Altersstufe zuzuordnende Tätigkeit. Als dominierende Tätigkeit für das Vorschulalter gilt das Spiel, "... *das eine dem jeweiligen Entwicklungsstand der Persönlichkeit entsprechende Art und Weise der Auseinandersetzung des Menschen- speziell des Kindes mit der Umwelt*" darstellt (CLAUSS 1976, 500).

Die psychologische Auseinandersetzung mit dem Medium Spiel hat zu einer Vielzahl unterschiedlichster Theorien geführt, die von lerntheoretischen, kognitionstheoretischen über

energetische bis hin zu tiefenpsychologischen Ansätzen¹³ reichen und versuchen, die Strukturen und Bedeutung kindlichen Spiels zu erfassen. Der Einzug in den therapeutischen Bereich hat auf der Basis dieser Theorien die Wirkung der Spieltätigkeit für die Entwicklungsförderung hervorgehoben. Die folgenden Ausführungen stellen eine verkürzte Zusammenfassung der wesentlichen Elemente kindlichen Spiels dar, die für die psychomotorische Entwicklungstherapie handlungsleitend sind.

1.2.3. Das Spiel als kindlicher Umweltbezug

Die Betrachtung des Spiels als dominierende Tätigkeit des Kindes geht auf die sowjetische Spielpsychologie um RUBINSTEIN 1971, LEONTJEW 1971 und WYGOTSKI 1978 zurück, die eine Tätigkeit als dominierend bezeichnen, *"mit der zugleich sich die wichtigsten psychischen Prozesse entwickeln, die den Übergang zu neuen, höheren Entwicklungsstufen vorbereiten"* (LEONTJEW 1971, 310). Die der sowjetischen Theorie inhärente Differenzierung in die Tätigkeitsebene, die das Motiv, den Sinn bzw. die eigentliche Bedeutung der Handlung repräsentiert und in die Handlungsebene, die durch Zielgerichtetheit und Bewusstheit gekennzeichnet ist, beschreibt pointiert die Unterteilung in die phänomenologischen Aspekte des kindlichen Spiels und in die weitestgehend unbewussten Erfahrungs- und Verarbeitungskomponenten.

Das freie Spiel ermöglicht dem Kind, sich die umgebende Wirklichkeit anzueignen, seine eigene Wirklichkeit zu gestalten und darzustellen¹⁴. Die Möglichkeit, die erlebte Gegenstandswelt in das eigene Bezugssystem zu integrieren, Erfahrungen zu verarbeiten und individuelle Bewältigungsstrategien zu entwickeln, bietet jedoch vorrangig das ungelenkte Spiel. Die Präferenz für eine bestimmte Spielform impliziert die in den Spieltheorien gängige Fragestellung, welche unterschiedlichen Spielformen generell existieren und auf welche die Bezeichnung Spiel eigentlich zutrifft. Obgleich es keine einheitliche Spieltheorie gibt, nähern sich die unterschiedlichsten Ansätze hinsichtlich gemeinsamer Merkmale, die eine Definition erlauben. EINSIEDLER 1999 weist jedoch zurecht auf die Problematik einer Begriffsdefinition hin, die für ein bestimmtes Phänomen einen Oberbegriff auswählt und die zutreffenden Definitionsmerkmale benennt. Trifft ein Definitionsmerkmal bei einem beobachteten Phänomen nicht zu, darf dieser Begriff nicht angewendet werden. Diese Restriktion auf die ausgewählten Kriterien wird nach EINSIEDLER jedoch der Vielfalt und Komplexität des Mediums Spiel nicht gerecht und als Königsweg empfiehlt er, Spiel

¹³ Siehe POLZIN 1979

nicht zu definieren, sondern mit prononcierten Angaben genauer zu bestimmen. Ein explizierter Spielbegriff umfasst fließende Übergänge zu verschiedenen Verhaltensformen, Aufgeschlossenheit für zusätzliche Aspekte und bei Fehlen eines einzelnen Merkmals wird bei deutlicher Existenz der anderen Merkmale dennoch von Spiel gesprochen. Theorieübergreifend gelten als Kernelemente des kindlichen Spiels:

- ◆ das Spiel ist intrinsisch motiviert ist, d.h. durch freie Wahl zustande gekommen
- ◆ das Spielgeschehen ist stärker auf den Spielprozess als auf das Spielergebnis gerichtet (Mittel-vor-Zweck)
- ◆ das Spiel wird von positiven Emotionen begleitet
- ◆ und im Mittelpunkt stehen häufig "Als-ob-Handlungen".

Aufgrund seiner spezifischen Eigenarten eröffnet das kindliche Spiel unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten verschiedene, die individuelle Persönlichkeitsentwicklung fördernde Perspektiven. Das Spiel wird als Quelle der Entwicklung betrachtet, durch die neue Handlungsschemata erworben werden sowie die Handlungsfähigkeit flexibler wird. Die verschiedenen Spielformen, Funktionsspiele, Phantasie- und Rollenspiele, Konstruktionsspiele sowie Regelspiele tragen zur Kompetenzerweiterung in unterschiedlichen Bereichen bei wie z.B. Emotionsdifferenzierung im Funktionsspiel, Steigerung der sensomotorischen Koordinationsfähigkeit sowie Erfolgs-/Mißerfolgsbewältigung im Konstruktionsspiel, Selbst- und Fremddarstellung im Rollenspiel oder Differenzierung kognitiver Kompetenzen im Regelspiel.¹⁵ Den aus kindertherapeutischer Sicht wesentlichsten Zweck erfüllt das Spiel bei der Verarbeitung und Bewältigung von Erfahrungen und Erlebnissen. OERTER 1993 untersuchte die im freien Spiel zu beobachtenden Spielthematiken und benannte als zentrale Themen *Macht* und *Kontrolle* sowie *Selbst* und *Identität*. Insbesondere das Phantasie- und Rollenspiel scheint ein ideales Medium für die Projektion eigener Bedürfnisse und Probleme zu sein. Die Wiederholung bestimmter Erfahrungen und deren Veränderung im Spiel bieten die Möglichkeiten, neue Erfahrungen zu sammeln, Erlebnisse zu verarbeiten und in den Erfahrungszusammenhang persönlicher Identität zu integrieren. Spiel erfüllt die Funktion eines Coping-Prozesses, in dem zum Teil unerfüllte Wünsche nach Kontrolle realisiert werden. Diese Verarbeitungsprozesse werden durch Spiele ermöglicht, bei denen die Eigenaktivität und -gestaltung des Kindes im Vordergrund

¹⁴ Siehe dazu MOGEL 1996, EINSIEDLER 1999, OERTER 1996

steht. Durch das emotionale und erlebniszentrierte Verarbeiten erlebter Geschehnisse oder zukünftiger Erwartungen im Spiel sollen gewissermaßen dessen heilende Kräfte (BITTNER 1976) aktualisiert werden. Diese Variante des selbstbestimmten, eigeninitiierten Spiels als Ansatz des therapeutischen Prozesses soll die Selbstheilungskräfte des Kindes anregen wie es auch die klientenzentrierte Spieltherapie (SCHMIDTCHEN 1999) intendiert.

Unter dieser Perspektive stellt das Spiel das zentrale Medium der Kommunikation dar, dem im Wesentlichen zwei Aufgaben zukommen, einerseits ist es ein Mittler der *Informationsübertragung* und der *Erlebnisgestaltung* zwischen dem Kind und dem Therapeuten sowie zwischen den Kindern innerhalb einer therapeutischen Gruppe, andererseits ist es ein Medium der *Selbstkommunikation* des Kindes. Durch die Auswahl und Gestaltung der Spielperson und Spielhandlung schafft das Kind einen Raum, persönliche Erlebnisse, Erkenntnisse, Phantasien, Ängste und Gedanken seinen Spielpartnern mitzuteilen. Dem Therapeuten kommt in diesem Prozess die Rolle zu, Bezüge zum realitätsbezogenen Handeln herzustellen, indem er dem Kind durch die Art seines Mitspielens gegenüber Verständnis zeigt und zur Verarbeitung der Probleme beiträgt. Als Medium der Selbstkommunikation dient das Spiel dazu mit Unterstützung des Therapeuten "*realistischere Anpassungsformen an Außen- und Umweltanforderungen zu finden*" (SCHMIDTCHEN 1999, 7), wie es auch PIAGET in seinem Akkomodations- und Assimilationsprozess beschreibt. Das Spiel ermöglicht sozusagen Probehandeln in einem geschützten Rahmen, in dem vorhandene Schemata variiert und neue entwickelt werden. Ein derart gestaltetes, entwicklungsunterstützendes Spiel findet unter folgenden Bedingungen¹⁶ statt, die erst teilweise empirisch belegt sind¹⁷ und von daher eher als Hypothesen zu betrachten sind:

- ◆ die *Selbstbestimmung* und *Eigenverantwortlichkeit* der *Spielwahl*, der Spielgestaltung und der Spannungsregulation
- ◆ die Spontaneität und intrinsische Motiviertheit der Spielhandlungen sowie
- ◆ die Bevorzugung von Phantasiespielen.

Die Autonomie der Spielwahl bezieht sich auf den Zeitpunkt, die Dauer, die Materialauswahl, die Thematik, die Zielsetzung und das Ende des Spiels. Das Kind allein entscheidet über die Gestaltung und den Charakter des Spiels, das in der Regel mit hoher emotionaler

¹⁵ MOGEL 1996, 184f

¹⁶ Diese Empfehlungen zur Gestaltung entwicklungsfördernder Spielsequenzen basieren auf praktischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen der Spielforschung, siehe dazu EINSIEDLER 1999

Beteiligung durchlebt wird. Im Spiel erlaubt das Kind Einblicke in seine innersten Verarbeitungsprozesse und Gefühlslage und setzt damit Intimität und einen gewissen Schutz durch den Therapeuten und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Spielpartnern als unverzichtbare Prämisse voraus.

Damit wird zugleich ein weiterer Aspekt des kindlichen Spiels angesprochen, die diagnostische Aussagekraft, die sich gleichermaßen auf zwei Aspekte richtet, einerseits dient die Spielbeobachtung als Anhaltspunkt für die Entwicklung des Kindes und andererseits als psychodiagnostisches Meßinstrument zur Feststellung der psychisch-emotionalen Befindlichkeit des Kindes.

Unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten ist zunächst die Frage zu klären, inwieweit die kindlichen Spielformen, das Funktions-, das Konstruktions-, das Symbol- und das Regelspiel, die auch als Makrosequenz¹⁸ der Spielentwicklung bezeichnet werden, hierarchisch gegliedert einen steigenden Grad der Spielreife und kognitiver Komplexität repräsentieren, um das kindliche Spiel als Gradmesser der Entwicklung ansehen zu können. Dies macht die Analyse von Mikrosequenzen des Spiels erforderlich, die Angaben zur Spielentwicklung und damit zu grundlegenden kognitiven Prozessen ermöglichen. In den 70er Jahren konnten für das Spiel in den ersten vier Lebensjahren solche Mikrosequenzen¹⁹ erarbeitet werden, die im Sinne eines Diagnostikrasters Beziehungen zwischen dem Spiel und anderen Entwicklungsbereichen aufzeigten. Neben der Problematik der Subjektivität in der Bewertung von Spielsequenzen ist es ein essentielles Wesensmerkmal des kindlichen Spiels, dass nach Qualität und Herkunft Heterogenes in den Spielablauf integriert wird und die Kinder sich in Spielsituationen nicht immer an das höchste erworbene Spielkompetenzniveau halten, sondern zwischen verschiedenen Spielformen wechseln. Aus psychodiagnostischer Sicht rückt insbesondere das Symbol- oder Rollenspiel in den Vordergrund, da die Auswahl und Ausgestaltung von Rollen bei umsichtiger Beobachtung und behutsamem Mitspielen Einblicke in die Bedeutung bestimmter Ereignisse sowie Bewertungsprozesse und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Erlebnissen offenbaren, da das Spiel als die eigentliche Sprache des Kindes angesehen wird, mit der es sein wesenhaftes Denken und seine psychischen Verarbeitungsprozesse zum Ausdruck bringt. Rollenspiele bieten die Chance, Erlebnisse zu verarbeiten (Vergangenheitsbezug), sie nach eigenen Vorstellungen zu gestalten (aktueller Gegenwartsbezug) und nach bedürfnis- und

¹⁷ Siehe dazu SCHMIDTCHEN/HOBRÜCKER 1978, SCHMIDTCHEN/ENGBARTH 1986

¹⁸ EINSIEDLER 1999, 22ff

¹⁹ BELSKY/MOST 1981

motivationsgesteuerten Perspektiven zu erleben (Zukunftsbezug). Diese Form der Erlebnisverarbeitung trifft insbesondere für belastende Ereignisse zu (MOGEL 1996), dadurch dass Kinder bei antisozial erlebten Erfahrungen ihre spielerischen Aktivitäten steigern und vermehrt bestimmte Bewältigungsstrategien mobilisieren. Die Betonung der individuellen Sinngebung und Bedeutungsoffenheit der spielerischen Handlung als Auslöser von Entwicklungs- und Verarbeitungsprozessen bildet das Kernstück des verstehenden Ansatzes in der Psychomotorik wie er auch von SEEWALD und anderen²⁰ vertreten wird.

Die Ausdrucksqualität des kindlichen Spiels muss jedoch immer unter Berücksichtigung der aktuellen Bezüge des Kindes gesehen werden durch die das Spiel determiniert wird. Als wesentliche Einflussgrößen²¹ auf das Kinderspiel gelten:

- ◆ der Entwicklungsstand des Kindes
- ◆ die häuslichen Erziehungsbedingungen
- ◆ die personalen Umwelten (Eltern, Geschwister, Freunde)
- ◆ die sachlich-dinglichen Umwelten (Medien, Spielzeug)
- ◆ die verschiedenen Ökosysteme, innerhalb derer sich das Kind bewegt (Familie, Kindergarten, Spielgruppen)
- ◆ die gesellschaftlich-kulturellen und ökonomisch-existentiellen Lebensverhältnisse (Kultur, Schichtzugehörigkeit)
- ◆ die räumlich-zeitlichen Verhältnisse, innerhalb derer gespielt werden kann.

Diese Wechselwirkung von kindlicher Spielentwicklung und beeinflussenden Umgebungsbedingungen hat EINSIEDLER 1999 in Anlehnung an BRONFEBRENNER in einem system-ökologischen Modell (Abbildung 2) dargestellt. Mit dessen Hilfe sollen Forschungsansätze zu der Präsenz und Nutzbarkeit kindlicher Lebensbedingungen als auch deren Verbindung untereinander präziser erfaßt und untersucht werden können.

²⁰ Siehe SEEWALD 1992a, b, DENZER 1992, FÄRBER 1992, HAMMER 1992

²¹ MOGEL 1996, 180

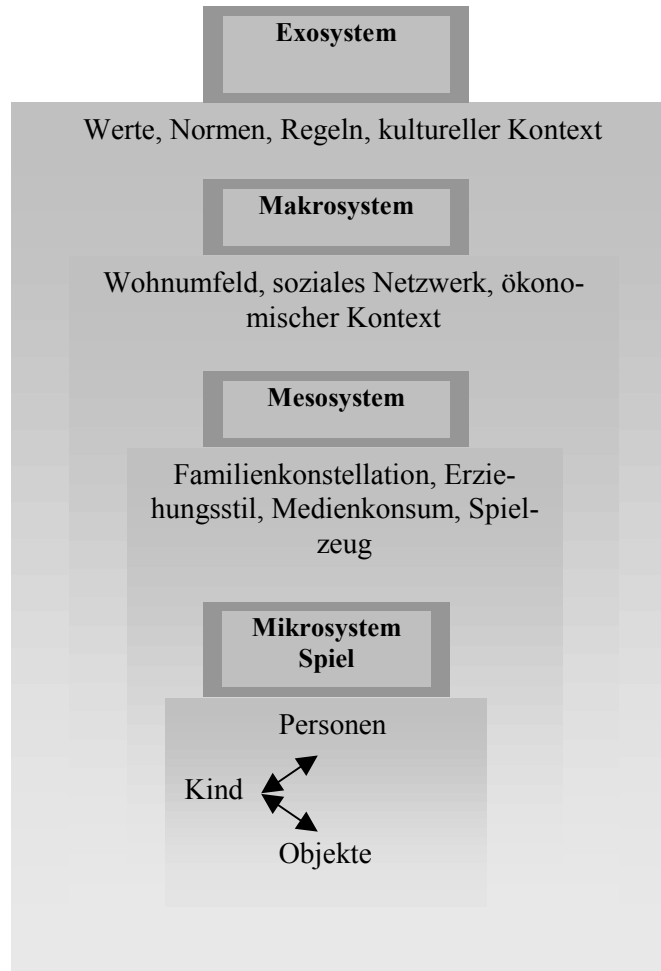


Abb. 2 Einbettung des Spiels in Umfeldsysteme nach EINSIEDLER 1999, 43

Vom freien kindlichen Spiel abzugrenzen ist der Einsatz des Spiels als Rahmenhandlung und kindgerechte Auseinandersetzungsform, wie es insbesondere in der Umsetzung von Bewegungsgeschichten realisiert wird²². Unter diesem Aspekt rücken die Selbstheilungskräfte in den Hintergrund und Spannung und Freude stehen im Mittelpunkt. Die ausgewählten Spielformen nutzen gewissermaßen eines der Hauptkriterien des Spiels, die Tendenz zur Wiederholung einer Handlung, um bei einer Lerntätigkeit, die Übungen und Wiederholungen erfordert, reaktive Hemmungen, Ermüdung und Langeweile zu vermeiden. Die Kinder werden durch Phantasiegeschichten zur aktiven Teilnahme motiviert und die spielinhärente Intention wie beispielsweise die Förderung motorischer Kompetenzen wie Klettern und Springen wird durch attraktive Aufbauten (Mattenberglanschaft) und die

²² SCHMIDTCHEN 1999, 10 formuliert für diese Spielformen den treffenden Begriff der *Auftragsspiele*

Übernahme von Rollen (Bergsteiger, Skiläufer, etc.) erlebniszentriert angeboten. Als Schwerpunkte dieser spielzentrierten Arbeitsweise gelten:

- ◆ die Förderung motorischer Kompetenzen und Wahrnehmungsförderung durch variable, freudvolle Bewegungsangebote
- ◆ der Aufbau von Planungsfähigkeit durch Strukturierung einer Bewegungshandlung
- ◆ der Erwerb sozialer Kompetenzen durch das Agieren in unterschiedlichen Rollen innerhalb einer Kindergruppe.

Im Gegensatz zum freien Spiel sind Spiele, die der Vermittlung gezielter Lernerfahrungen dienen, dadurch gekennzeichnet, dass sie in ihrem Inhalt und ihrer Struktur geplant sind und der Spielverlauf von Außen gesteuert wird, um das gesetzte Ziel zu erreichen. Angewandt werden Rollen- und Symbolspiele, da es um die Umsetzung von Alltagshandlungen oder erdachten Handlungen in geordneter Abfolge geht, ebenso wie Bau- und Konstruktionsspiele, die gezielter Prozesse der Handlungssteuerung bedürfen, um das Ziel realisieren zu können. Auf dieser Ebene ist beispielsweise der Ansatz von FRITZ 1997 anzusiedeln, in dem das Spiel als Medium zur Vermittlung kognitiver und sozialer Kompetenzen eingesetzt wird. Orientiert man sich bei der Charakterisierung des Spiels an den einschlägigen Definitionen, die erst bei Vorhandensein aller Merkmale ein Phänomen kennzeichnen, würden diese Auftragsspiele dem genannten Charakter des Spiels nicht gerecht. Diese Dichotomie zwischen den spezifischen Eigenheiten des kindlichen Spiels und deren Abwandlung infolge der Nutzbarmachung für pädagogische und therapeutische Zwecke, kann nur dadurch überwunden werden, dass man wie oben beschrieben von einer Definition des Spiels abkommt. Dadurch würde man das Problem umgehen, dass bei einem Phänomen wie der kindlichen Aktivität in einem Auftragsspiel, bei dem nicht alle zur Definition erforderlichen Merkmale zutreffen (Selbstbestimmung des Objektes), der Begriff Spiel nicht angewendet werden darf.

Das selbstinitiierte wie das Auftragsspiel haben in der psychomotorischen Förderung gleichermaßen Berechtigung und oftmals entwickeln sich aus den vorgegebenen Spielhandlungen eigene Spielthemen des Kindes, die bei entsprechender Offenheit und Fachkompetenz des Motologen aufgegriffen und im Sinne stützender Maßnahmen aufgearbeitet werden können.

Nicht allein die Auftragsspiele als Rahmenhandlung motorischer Förderung, sondern Spiel generell bietet, wie bereits SAPOROSHEZ 1948 feststellte, ein ideales Wirkungsfeld für die Entwicklung der Bewegung. "*Das Spiel ist die erste dem Vorschulkind zugängliche*

Form der Tätigkeit, die eine bewusste Reproduktion und Vervollkommnung von Bewegungen voraussetzt. Die sich im Vorschulalter vollziehende motorische Entwicklung während des Spiels ist eine echte Voraussetzung für bewusste körperliche Übungen des Schülers" (SAPOROSHEZ, 1948, 166).

Spiel und Bewegung, die beiden im Kindesalter eng verwobenen Variablen kindlicher Tätigkeiten bilden die Stützpfeiler der Persönlichkeitsentwicklung. Ähnlich wie das Spiel ist Bewegung nicht allein Ausdruck einer sich entwickelnden physischen Kompetenz, die Handlungsfähigkeit in verschiedenen Anforderungsbereichen ermöglicht, sondern zugleich integraler Bestandteil einer auf die Entfaltung der eigenen Identität gerichteten Persönlichkeitsentwicklung.

1.2.4. Die Bedeutung der Bewegung

1.2.4.1. Bewegung und Erfahrung

Das Verständnis von Bewegung als Grundkategorie der durch Wahrnehmen, Erleben und Empfinden erlangten Erkenntnisgewinnung, bildet das Kernstück der angewandten Motorik. Bewegung wird damit zum Medium der Selbst- und Umwelterfahrung. Der Terminus Erfahrung wurde von SCHERLER 1975 in Anlehnung an PIAGETs strukturalistische Entwicklungstheorie in Thesen zur menschlichen Bewegung eingeführt. Der Erfahrungsbegriff impliziert, dass es sich um einen aktiven, dynamischen situations- und subjektabhängigen Prozess handelt, der dem Erkenntnisgewinn und dem Aufbau von Handlungsplänen dient. Die Erfahrung, das Erkennen der dinglichen und personalen Umwelt und der eigenen Person, wird dabei nicht von außen angeleitet, sondern nur durch selbstbestimmtes Handeln möglich, das sich in einem extensiven zeitlichen Prozess vollzieht. Zeit ist für die Erfahrung eine konstituierende Variable, da gegenwärtige Erfahrungen nur in Relation zu in der Vergangenheit gewonnenen und in der Zukunft erwarteten Erfahrungen interpretiert werden. Die Speicherung und Verarbeitung früherer Erlebnisse, Wahrnehmungen und Empfindungen stellt das Bezugssystem der Erfahrung dar. Die Konstruktion und Veränderung der internen Wirklichkeit auf der Grundlage der äußerlich erfahrbaren Gegebenheiten ist an das Maß der Neu- bzw. Andersartigkeit der neuen Erfahrungen, an ihre Intensität und die Häufigkeit ihres Auftretens gebunden. Steht nicht die unmittelbare Aufnahme von sinnlichen Eindrücken (Empfindungen) oder die bewusste Gewährleistung von Ereignissen (Erlebnis) im Vordergrund, sondern deren erkenntnisgewinnende Verarbeitung, müssen vertraute Elemente enthalten sein, die eine Verknüpfung mit bekannten Strukturen er-

möglichen. Zugleich müssen sie Neues, Abweichendes enthalten, um Orientierungsreaktionen und Assimilationsprozesse anzuregen. Erfahrung im Sinne der Akkomodation (Veränderung und Differenzierung) vorhandener Schemata erfolgt erst aufgrund wiederholter Eindrücke. Nicht die Einmaligkeit eines Ereignisses, sondern die Wiederholung, die sich durch den Vergleich mit Gedächtnisinhalten als Bestätigung der gewonnenen Eindrücke darstellt, bildet die Grundlage neuer Erfahrungen. Ein Aspekt der auch bei der Veränderung und Differenzierung von Kontrollerfahrungen von Bedeutung ist.

Die Bewegungserfahrungen beziehen sich auf zwei Kategorien, einerseits auf die Erfahrung über den Vollzug der Bewegung, die zu Bewegungsgewohnheiten und letztendlich zur Automatisierung von Bewegungen führt, andererseits auf die Erfahrung *durch* die Bewegung. Bewegung wird somit zum Medium unterschiedlichster Erfahrungen. Als die beiden wesentlichen Erfahrungsbereiche, die durch das Medium Bewegung aktualisiert werden, benennt SCHERLER die *materiale* und die *soziale* Erfahrung.

Die *materiale Erfahrung*, die sich im konkreten sensomotorischen Handeln vollzieht, prägt den Umgang mit den Dingen der Umwelt, veranschaulicht Unterschiedlichkeiten und vermittelt die für die kognitive Entwicklung wichtigen Informationen über die gesetzmäßige Abhängigkeit bestimmter Variablen sowie über die unter ihnen wirksamen Naturgesetze. Unabdingbare Voraussetzung für einen derartigen Erfahrungsgewinn ist auf Seiten des Therapeuten/Pädagogen eine gezielte Planung der Bewegungsangebote, die genügend Freiraum für selbstbestimmtes Handeln bieten, als auch die Auswahl an Spiel- und Bewegungsmaterialien, die transportabel und in unterschiedlichen Spielformen (Konstruktions-, Explorations- und Darstellungsspiele) einsetzbar sind. Diese Form der Erkenntnisgewinnung ist insbesondere in der sensomotorischen Phase von Bedeutung, was sich auch in den Ansätzen der Vor- und Grundschuldidaktik niederschlägt. Die Erfahrung durch das konkrete Handeln bleibt jedoch auch über die sensomotorische Phase hinaus von Bedeutung, auch im Erwachsenenalter wird das tätige konkrete Handeln vorwiegend in neuen und unbekannten Situationen resp. im Umgang mit unbekannten Gegenständen eingesetzt, obgleich ausreichend Assimilationsschemata vorhanden sind.

Die *soziale Erfahrung*, die durch das Medium Bewegung erworben wird, findet vorwiegend in Regel- und Rollenspielen statt, die kommunikatives Handeln²³ zwischen den einzelnen Spielpartnern erfordern, um den reibungslosen Spielablauf zu gewährleisten. Kommunikatives Handeln erfordert die Fähigkeit, sich in die Rolle eines anderen zu versetzen

²³ Kommunikatives Handeln beschreibt die Übernahme von Rollen in abgrenzbaren Kommunikationssituationen (SCHERLER 1975, 98)

und ist im Spiel zugleich Ausdruck des Verständnisses der unterschiedlichen Spielrollen. *"Die zur Spielerhaltung notwendige Rollenübernahme besteht in der Wahrnehmung der aktuell nicht ausgeübten Rollen und ihrer Berücksichtigung durch die eigene Rollengestaltung"* (SCHERLER 1975, 99).

Darüber hinaus sind Spielhandlungen nicht nur kommunikative Handlungen, die durch Rollenübernahme gekennzeichnet sind, sondern auch moralische Handlungen, die kulturspezifischen normativen Regeln unterliegen. Die wesentlichen auch in Bewegungsspielen relevanten moralischen Werte sozialer Erfahrung sind Ehrlichkeit, Gerechtigkeit und Verantwortlichkeit. Moralisches Handeln wird jedoch nur dann realisiert, wenn die Kinder die Gelegenheit der freien Gestaltung haben, die es erst ermöglicht auf Gegenseitigkeit beruhende Vereinbarungen auszuhandeln und umzusetzen.

Ein dritter Gegenstandsbereich, die Betrachtung von Bewegung und Erfahrung aus der Innenperspektive des Individuums, die Selbsterfahrung durch Bewegung, blieb in SCHERLERS auf PIAGETs Theorie basierenden Konzept weitgehend unberücksichtigt.

1.2.4.2. Personale Erfahrung

Die dritte Ebene des Bedeutungszusammenhangs von Bewegung und Erfahrung betrifft die durch die Bewegung gewonnenen Informationen und affektiv belegten Erfahrungen in Bezug auf die eigene Person. Im Prozess der unmittelbaren sensomotorischen Handlung werden Eindrücke bezüglich des eigenen Verhaltens, der eigenen Fähigkeiten und Eigenschaften gewonnen, die mit zunehmender Entwicklung gedächtnismäßig gespeichert und durch die vorausgegangenen Erfahrungen, aber auch verinnerlichten Wert- und Normsysteme sowie die Meinung anderer modifiziert werden. Diese in der konkreten Wechselbeziehung mit der Umwelt gebildeten Vorstellungen und Einstellungen eines Individuums spiegeln sich in subjektiv konstruierten Selbstbildern wider. Als wesentliches primäres Selbstbild gilt das Körperselbstbild²⁴, das äußere Merkmale (Aussehen, Kleidung) des Individuums ebenso repräsentiert wie Fähigkeiten und Grenzen. In der handelnden Auseinandersetzung mit sich selbst (Spiel mit dem eigenen Körper) und der umgebenden Umwelt empfindet das Kind durch eine Vielzahl propriozeptiver und kinästhetischer Rückmeldungen seinen eigenen Körper, sein physisches Ich als eine von der Außenwelt abgehobene Entität. Zugleich erfährt es in der eigenen Aktivität die individuellen Möglichkeiten, die Umwelt zu beherrschen und gezielt Einfluss zu nehmen. *"Bewegung steht damit an der*

²⁴ Siehe dazu ROHLAND 1980

Wiege der Kompetenzentwicklung und der Kontrollüberzeugung, nämlich dem Gefühl, etwas bewirken zu können und der Welt nicht hilflos ausgeliefert zu sein" (SEEWALD 2000, 95). Die kognitive Differenzierung zwischen einem "Ich" und einem "Nicht-Ich" ermöglicht erst die Einordnung und Bewertung personbezogener Erfahrungen. Das derart gewonnene Selbstbild erfährt jedoch eine Relativierung durch gleichzeitig ablaufende soziale Vergleichsprozesse, in denen kulturelle Norm- und Wertvorstellungen als Idealbilder das eigene Körperbild beeinflussen. Bewegung in Form sensomotorischen Handelns im Spiel, im alltäglichen Interaktionsprozess wie auch in sportbezogenen Aktivitäten bildet für die Selbsterfahrung in seiner Vielfalt und Komplexität vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter²⁵ eine konstituierende Variable und wird zum Bedeutungsträger unterschiedlichster Dimensionen. GRUPE 1975 unterscheidet vier wesentliche Bedeutungsebenen von Bewegungen, die sich aus dem konkreten situativen Kontext ergeben und auch nur in diesem zu verstehen sind.

Als grundlegendste und zugleich unauffälligste gilt die **instrumentelle Bedeutung** von Bewegung, Bewegung als "Werkzeug", um etwas zu erreichen, darzustellen, zu produzieren. Sie stellt sozusagen die Handlungsbasis für die Bewältigung unserer Auseinandersetzung mit der Umwelt dar. Ihre Bedeutung für die Alltagsbewältigung ebenso wie für (leistungs-)sportliche Aktivitäten wird uns erst bewusst, wenn sie durch Krankheit, Verletzung oder neue Anforderungen eine Veränderung oder Einschränkung erfährt. Kinder mit Problemen in der Bewegungskoordination erleben diese Einschränkungen instrumenteller Nutzung in der Bewältigung spezifischer Anforderungen der Lebensumwelt (Radfahren, Schwimmen) ebenso wie beim Erlernen der Kulturtechniken (Schreiben, Malen).

Die zweite insbesondere für das Kindesalter elementare Ebene ist die **explorativ-erkundende Bedeutung**, die sich auf drei Bereiche bezieht, auf das Leibliche selbst, die Erfahrung von Möglichkeiten und Grenzen unseres Körpers sowie auf die Verbindung leiblicher Erfahrung mit der materialen Erfahrung der Explorationsgegenstände, deren Eigenschaften wir über das aktive Hantieren entdecken. Zugleich nehmen wir in der Bewegung Informationen über Rollen, Regeln und Beziehungen der sozialen Umwelt auf. Ferner stellt Bewegung als **soziale Bedeutung** das Medium dar, durch das wir Verbindungen zu anderen Menschen aufbauen, uns selbst in sozialen Kontakten repräsentieren und mit anderen kommunizieren. Bewegungsaktivitäten stellen für viele Kinder eine Möglichkeit dar, mit anderen in Kontakt zu treten, Rollen zu übernehmen und Konflikte zu lösen. Dieser interaktionale und expressive Aspekt ist besonders für die Strukturierung von thera-

²⁵ Siehe Untersuchungen von KNOBLOCH/HÖLTER 1986, KIENER 1973, 1974, ROHLAND 1980

peutischen Gruppen von großer Relevanz. Ein letzter Aspekt betrachtet die **personale Bedeutung** der Bewegung, die Erfahrung der eigenen Kompetenzen, Handlungsmöglichkeiten aber auch Grenzen im Rahmen der Lebenswelt. Die selbstwertorientierte Erfahrung, selbständig Aufgaben bewältigen und den Handlungsspielraum variieren zu können aber auch an persönliche Kontroll- und Belastungsgrenzen zu stoßen, prägen das Bild meiner eigenen Person in ihrer Einzigartigkeit im Rahmen des sozialen Kontextes.

Die Bedeutung von Bewegung aus der Innenperspektive - als personale Erfahrung - bezieht sich wie zuvor dargestellt nicht nur auf Teilaspekte des gelebten Leibes, sondern auf die gesamte menschliche Identität, die eine innere, selbstkonstruierte im Bewusstsein des Menschen existierende Instanz darstellt. HAUSSER 1995 betont in diesem Zusammenhang, dass Identität ein Relationsbegriff ist, in dem Annahmen über die eigene Person nur in Relation zur umgebenden Umwelt betrachtet und bewertet werden, demnach Identität sich auch nur durch die Interaktion mit der Umwelt entwickelt und definiert. Entsprechend den sich wandelnden situativen Kontexten, in denen das Individuum agiert, ist Identität nicht etwas Statisches, das irgendwann fertig ist, sondern etwas sich ständig Veränderndes, ein lebenslanger Prozess. Diese Dynamik der Identität, die Entwicklung ausmacht, impliziert gleichermaßen, dass in Krisensituationen, in denen die eigene Identität gefährdet ist, gezielte Interventionsmaßnahmen als identitätsstabilisierend eingesetzt werden können. HAUSSERS Modell zur Identitätsregulation (Abb. 3) sieht als wesentliche Prozessvariablen die Identitätsassimilation und die Identitätsakkommodation. Bei der Assimilation werden nach PIAGET neue Erfahrungen in bestehende Strukturen integriert, so dass eine Bestätigung oder Stabilisierung bestehender Identitätskonzepte die Folge ist, bei der Akkommodation wird hingegen die existierende Identitätsstruktur an neue Erfahrungen angepaßt, die zu einer Entwicklung der Identität führt. HAUSSER hat sein Konzept der Identitätsregulation in einem Kreismodell veranschaulicht, das unter therapeutischen Gesichtspunkten eine relevante Konstruktion darstellt. Betrachtet man Identität als dynamische Struktur, die eigenständiges, selbstwertstützendes und befriedigendes Handeln in unterschiedlichen sozialen Kontexten ermöglicht, kann anhand dieses Modells aufgezeigt werden, an welchen Stellen (psychomotorische) Interventionsmaßnahmen ansetzen und greifen, um eine erfüllte Identitätsentwicklung anzuregen. Die zentralen Elemente der therapeutischen Intervention bilden die *situativen* Identitätserfahrungen. Gezielte Bewegungs- und Entspannungsaufgaben bieten die Möglichkeit, die Selbstaufmerksamkeit auf den eigenen Körper, das eigene Leiberleben zu richten und sich selbst in divergierenden Kontexten wahrzunehmen. Die bewusste Wahrnehmung und das Erleben vielfältiger eigener Handlungs-

möglichkeiten sowie deren Erweiterung und Veränderung in spielerischen Aktivitäten beeinflussen die Einschätzung individueller Kompetenzen ebenso wie das Erleben personaler Kontrolle in persönlich relevanten Bedeutungszusammenhängen. Die Redundanz positiver körper- und bewegungsbezogener Erfahrungen in vielfältigen Handlungssituationen sowie deren Transfer auf andere Lebensbereiche bilden die Grundlage für die Herausbildung *übersituativer, generalisierter* Erfahrungen.

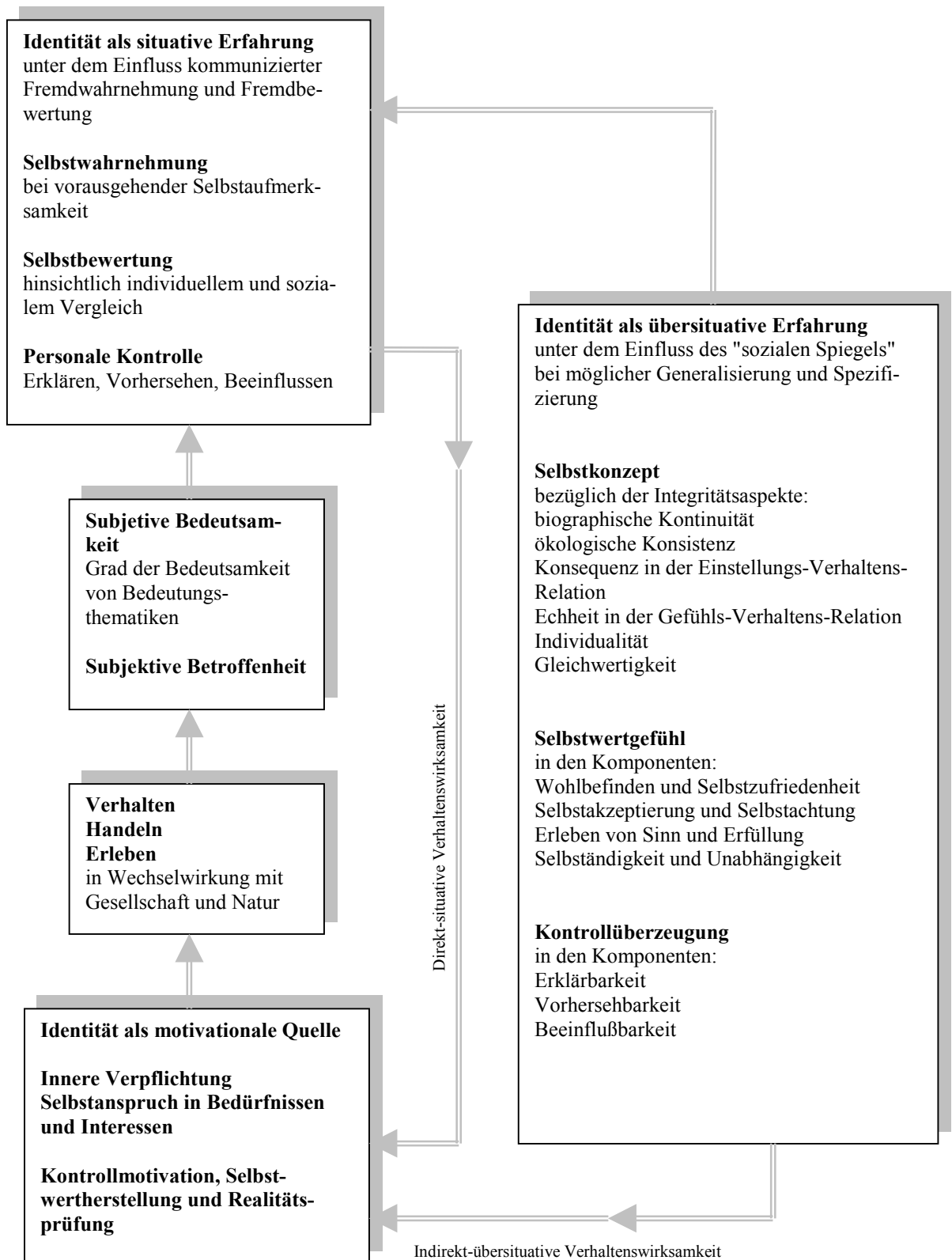


Abb. 3 Modell der Identitätsregulation nach HAUSSER 1995, 65

1.2.5. Entwicklung durch Handlung

Die an Bewegung gebundene Handlung als Grundkategorie menschlichen Lebens aus dem sich die Persönlichkeit entwickelt, ist das zentrale Thema einer Vielzahl wissenschaftlicher Ansätze, die sich mit unterschiedlichen Aspekten und Interpretationen von Handlungen befassen und unter dem Terminus der Handlungstheorien zusammengefaßt sind. Diese Variationsbreite verdeutlicht nicht nur den *Konstruktcharakter des Handlungsbegriffs* (FISCHER 1996b, 52), sondern erfordert zugleich eine Standortbestimmung der für die Motologie relevanten handlungstheoretischen Ansätze. Eine obligate Prämisse einer entwicklungstheoriegeleiteten Wissenschaft ist die Bewertung von Handlung als *entwicklungsrelevantes Handeln* (FISCHER 1996b, 52), wie es unter anderem in der dialektisch-materialistischen Psychologie (LEONTJEW 1977, GALPERIN 1980, WYGOTSKI 1978) oder den kontextualistischen Ansätzen (LERNER 1982) betrachtet wird.

"Entwicklung vollzieht sich in der tätigen, wechselseitigen Interaktion mit der Umwelt in Abhängigkeit von biologischen Bedingungen" (SCHILLING 1990, 67). Diese Wechselbeziehung findet durch die aktive, bewusste Tätigkeit (z.B. Spielen, Arbeiten oder Lernen) des Individuums statt, deren wesentlicher Bestandteil die Handlungen darstellen. Handlungen werden definiert als zielgerichtet, bewusst, geplant sowie erwartungsgesteuert und als an Bewegung gebundene Einheit der Tätigkeit. Dieser in der Motologie verwendete Handlungsbegriffs hat seinen Ursprung in der dialektisch-materialistischen Handlungspsychologie um LEONTJEW 1977 und WYGOTSKI 1978, die unter anderem von SCHULKE-VANDRE 1982 in ihren Grundlagen zur psychomotorischen Erziehung explizit verwendet wurde. SCHULKE-VANDRE (1982, 9) selbst kritisiert die Motologie für die Verkürzung der nur in Teilaspekten wiedergegebenen Theorie, die inhärente komplexe philosophisch-gesellschaftstheoretische Bezüge unberücksichtigt lässt und vornehmlich die Bedeutung der Bewegung und Handlung für die Entwicklung als Quintessenz extrahiert.²⁶

Die Einbettung theoretischer Annahmen in einen anderen Kontext stellt jedoch nicht nur eine Reduzierung dar, sie ist zugleich aber auch Ansatzpunkt für Weiterentwicklungen und Perspektivenwechsel in der Theoriebildung, die der Multidimensionalität menschlichen Lebens und Wirkens Rechnung tragen.

LERNER 1982 akzentuiert die Bedeutung der Handlung im wechselseitigen Austausch noch, indem er das Individuum aufgrund seiner Handlungen als Produzent seiner eigenen

²⁶ Die Einbindung und kritische Betrachtung dieser handlungspsychologischen Richtung in das Theoriegebäude der Motologie sind von PHILIPPI-EISENBURGER 1991 und HAAS 1999 detailliert dargestellt worden, so dass an dieser Stelle auf diese Arbeiten verwiesen werden kann.

Entwicklung betrachtet. Diese Einflussnahme des Individuums im Spannungsfeld gesellschaftlich determinierter Rahmenbedingungen ist jedoch nicht unbegrenzt, sondern sie impliziert lediglich gewisse Freiheitsgrade persönlicher Entscheidungen, welche die Richtung der individuellen Entwicklung bestimmen. Dies trifft insbesondere für Jugendliche und Erwachsene, weniger für Kinder zu, deren Entscheidungsspielraum deutlich stärker von der pädagogischen Umgebung geprägt ist.

Die Konstruktion der eigenen Entwicklung erfolgt dabei auf indirekte wie auf direkte Weise²⁷. Indirekt dadurch, dass das Individuum mit seinem Verhalten die umgebende Umwelt beeinflusst, die ihrerseits darauf reagiert und damit wiederum auf das Individuum Einfluss nimmt. LERNER hatte im Rahmen seiner Theoriebildung auf Untersuchungen²⁸ zum Zusammenhang von Temperament und Verhaltensproblemen zurückgegriffen, die belegten, dass Kinder mit sogenanntem schwierigen Temperament (z.B. laute, lebhaft Kinder) häufiger Verhaltensprobleme aufwiesen als andere. Diese Ergebnisse mussten jedoch im Nachhinein dahingehend korrigiert werden, dass nicht allein das Temperament sondern der situative Kontext, in dem dieses Verhalten auftrat, für die Bewertung "störend" ausschlaggebend war.

Die direkte Einflussnahme findet durch gezielte Handlungen statt, die für die Entwicklung prägend sind und bei denen zwischen intendierten Hauptwirkungen und Nebenwirkungen unterschieden werden kann. Das Vorliegen angestrebter Hauptwirkungen wird eher dem Erwachsenenalter zugeschrieben, indem Wahlmöglichkeiten zur Gestaltung des eigenen Lebens umfangreicher vorhanden sind. Nebenwirkungen von Handlungen sind hingegen von der Kindheit bis ins späte Erwachsenenalter als zum Teil unbeabsichtigte Ergebnisse Bestandteil der Entwicklung oder wie FLAMMER (1996, 238) vermutet *"... ist selbst die bewusst geleitete Entwicklung vor allem ein Ergebnis von nicht beabsichtigten Wirkungen."*

Als besonders entwicklungsrelevante Nebenwirkungen gezielter Handlungen sind die Erweiterungen der Handlungskompetenzen, die Erfahrungen eigener Wirksamkeit und damit verbundene Einstellungen und Motive anzusehen, die ihrerseits das weitere Entwicklungshandeln entscheidend prägen. Das angestrebte Ziel eines Kindes, beispielsweise ein neues Klettergerüst auszuprobieren, geht damit einher, dass vorhandene Bewegungsschemata verändert und erweitert werden, zugleich die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung der intendierten Handlung Rückschlüsse auf eigene Fähigkeiten zulassen und parallel Erwar-

²⁷ FLAMMER 1996, 235f

²⁸ THOMAS/CHESS/BIRCH 1968

tungshaltungen und Motive beeinflusst werden. Diese für die individuelle Entwicklung essentiellen Nebenwirkungen beruhen auf den der Handlung inhärenten Verarbeitungs- und Bewertungsprozessen, die im Rahmen von Theorien zur Handlungsregulation (NITSCH 1986, KAMINSKI 1973, HACKER 1973) und Handlungskontrolle (KUHL 1983a) aus unterschiedlicher Perspektive untersucht worden sind. Sie basieren auf der Annahme, dass jeder beobachteten Handlung kognitive, emotionale und motivationale Antizipationsprozesse vorangehen und während der Handlungsausführung stattfindende Regulations- und Steuerungsprozesse sowie abschließende Attributionen die konkrete Handlung an sich als auch die weitere Handlungsfähigkeit des Individuums beeinflussen. Diese handlungsregulierenden emotionalen, motivationalen und volitionalen Verarbeitungs- und Bewertungsprozesse werden in den Kapiteln 2 und 4 ausführlicher dargestellt, da sie gleichermaßen als Auslöser von Entwicklungsbeeinträchtigungen wie als Ansatzpunkt für therapeutische Interventionen innerhalb der psychomotorischen Entwicklungstherapie²⁹ angesehen werden. Eine neue Perspektive der Entwicklung durch Handlung stellt FLAMMERs Konzept der *Entwicklung des kompetenten Selbst* dar, in dem der Erwerb und die Existenz von Kompetenzen und das Bewusstsein eigener Wirksamkeit in den Mittelpunkt rücken. Für FLAMMER steht Kompetenz synonym mit Kontrolle, was bedeutet, dass eigene Fähigkeiten nur dann entwicklungsrelevant sind, wenn sich das Individuum seiner Kompetenzen bewusst ist, eigene Wirksamkeit wahrnimmt. Diese Wahrnehmungsleistungen sind jedoch untrennbar mit den zuvor beschriebenen Zuschreibungsprozessen von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen verbunden, die Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzungen im Rahmen der Attributionstheorien sind. Die Bedeutung von Ursachenzuschreibungen und daraus resultierender positiver wie negativer Kontrollüberzeugungen für die Entwicklung des menschlichen Lebens, wie FLAMMER 1990 sie darstellt, bilden die Basis des Verhaltens- und Störungsentwurfes der vorliegenden therapeutischen Konzeption. Der strukturelle Aufbau der Kontrollüberzeugung nach FLAMMER und die Relevanz seiner Theorie für das Konzept der psychomotorischen Entwicklungstherapie werden in Kapitel 2.3 detailliert dargestellt.

1.2.6. Die ökologische Entwicklungspsychologie BRONFENBRENNERs

Die ökologische Entwicklungspsychologie geht von einem sich immerwährend neu gestaltenden Wandel des Kindes in der Bewältigung seiner Lebensräume aus. Unter "Lebens-

²⁹ FÖRSTERLING 1996a hat auf die Notwendigkeit hingewiesen im Rahmen der angewandten Motologie

räume" werden einerseits die *subjektive Bedeutungsstruktur* der kindlichen Lebenswelt gefaßt, die sich im Laufe der Entwicklung entlang der Zeit- und Realitätsdimensionen zunehmend ausdifferenziert und andererseits die *physikalischen und sozialen Gegebenheiten*. Die kindlichen Lebensräume lassen sich anhand eines Mehrebenenmodells darstellen, welches jeweils bestimmte Entwicklungsaufgaben enthält und im Laufe der Entwicklung zunehmend komplexer und differenzierter wird. Diese Mehrebenenmodelle ermöglichen es, die komplexen Interaktionen des Individuums mit seiner Umwelt, die das Verhalten und die Ausbildung innerer Repräsentationsmodelle steuern, darzustellen. Nach BRONFENBRENNER 1981 lassen sich dabei folgende Systemebenen unterscheiden:

- ◆ Das *Mikrosystem* umfasst "ein Muster von Tätigkeiten und Aktivitäten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen, die die in der Entwicklung begriffene Person in einem gegebenen Lebensbereich mit den ihm eigentümlichen physischen und materiellen Merkmalen erlebt" (BRONFENBRENNER 1981, 38). Dieser Lebensbereich beschreibt einen Ort, Familie, Kindergarten, Schule, Gleichaltrige, an dem das Kind unmittelbar teilhat und in dem es in direkte Interaktion mit anderen treten kann.
- ◆ Das *Mesosystem* beschreibt die Wechselbeziehung zwischen den Lebensbereichen (Mikrosystemen), an denen die sich entwickelnde Person aktiv beteiligt ist, z.B. die Beziehung zwischen Familie und Kindergarten. Das Mesosystem entsteht dadurch, dass das Kind in neue Lebensbereiche eintritt. Der Grad der sozialen Vernetzung, die gegenseitige Unterstützung und Anerkennung oder bestehende Konflikte und Widersprüche in Zielsetzungen und Wertsystemen haben erheblichen Einfluss auf die Entwicklungs- und Förderungsprozesse im jeweiligen singulären Lebensraum.
- ◆ Das *Exosystem* beinhaltet die Lebensbereiche, an denen das Kind nicht direkt teilnimmt, in denen aber Ereignisse stattfinden, die sich indirekt auf die Entwicklung des Kindes auswirken wie beispielsweise der Arbeitsplatz der Eltern, die Struktur des Wohnumfeldes oder die Medieneinflüsse.
- ◆ Unter *Makrosystem* werden übergreifende Wert- und Überzeugungssysteme sowie gesellschaftliche Strukturen wie Weltanschauungen, Ideologien, Ressourcen, Ausbildungs- und Entwicklungschancen, grundlegende Merkmale sozialer Interaktion verstanden, die eine Kultur oder Subkultur in einer bestimmten Zeit kennzeichnen.

Im Rahmen ökologischer Betrachtungsweisen werden alle diese Kontextebenen als bedeutsam für die Entwicklung eines Kindes angesehen. Die einzelnen Ebenen stehen in einem ganzheitlichen Systemzusammenhang, in welchem sich Veränderungen in einem Bereich unmittelbar auf andere Bereiche auswirken können.

Die Darstellung kindlicher Entwicklung als Zusammenspiel unterschiedlicher Kontextebenen bietet neben einem umfassenden Erklärungsmodell entwicklungsrelevanter Einflüsse zugleich einen umfangreichen Interventions- und Präventionsrahmen. Insbesondere die Mesobene der Vernetzung hat sich für die Förderung als bedeutsam³⁰ erwiesen, da man voraussetzen darf, dass die Unterstützung eines Kindes in einem Bereich um so effektiver ist, je besser das Kind diese Erfahrungen auch auf andere Lebensbereiche übertragen kann. Das ökologische Mehrebenenmodell beschreibt nicht nur relevante Einflussgrößen kindlicher Entwicklung, sondern mit den immer komplexer werdenden Ebenen einen zeitlichen Entwicklungsverlauf, welcher die zunehmende Erweiterung und Differenzierung der kindlichen Lebenswelt repräsentiert. Jede Lebensperiode ist in Anlehnung an HAVIGHURST 1974 durch sogenannte *Entwicklungsaufgaben* bestimmt, die sich aus den biologischen Veränderungen, dem kognitiven Entwicklungsfortschritt und den Anforderungen und Erwartungen des gesellschaftlichen und kulturellen Umfeldes herleiten lassen. Eine erfolgreiche Bewältigung ist die Voraussetzung für das persönliche Wohlbefinden, die kindliche Entwicklung und die soziale Integration.

Als Folge oder Anstoß von Entwicklungsprozessen und damit für die kindliche Entwicklung von großer Relevanz, aber auch Brisanz sind die sogenannten "ökologische Übergänge", die als entscheidende Schnittstellen zwischen Systemen (Eintritt in den Kindergarten, Schule) oder Phasen (Beginn der Pubertät) auftreten und vom Kind eine Neuorganisation von Wahrnehmungsstrukturen und Handlungsschemata verlangen. Diese Übergänge sind nicht nur mit räumlichen Veränderungen verbunden, sondern bedeuten zugleich die Aufgabe vertrauter Sicherheiten und Rollen, das Gewahrwerden neuer Perspektiven, Wünsche und Anforderungen. Diese der kindlichen Entwicklung inhärenten Veränderungen und Herausforderungen werden auch als *reguläre Entwicklungskrisen* oder *normative kritische Lebensereignisse* bezeichnet. Da diese Ereignisse jedes Individuum in einem bestimmten Lebensabschnitt erwarten, sind sie vorherzusehen und bieten die Möglichkeit sich darauf einzustellen oder vorzubereiten. Unter dem Aspekt ökologischer Kontextebenen ist es eine entscheidende Aufgabe der jeweiligen Systeme, für das Kind entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, die es auf die anstehenden Aufgaben vorbereiten. Unzureichende

³⁰ Untersuchungen von LEYENDECKER 1997, PULS 1997

Vorbereitung kann als ein auslösendes Moment dafür angesehen werden, dass aus den normativen Lebensereignissen kritische Ereignisse werden, deren ungenügende Bewältigung zu Krisen und Störungen im Entwicklungsverlauf führen.

Davon abzugrenzen sind die sog. *irregulären Entwicklungskrisen* oder *kritischen Lebensereignisse* wie Scheidung der Eltern, Verlust von Bezugspersonen etc.. Solche irregulären Entwicklungskrisen treffen das Kind unvorbereitet und können die Bewältigung von anstehenden Entwicklungsaufgaben erheblich blockieren.

Im Rahmen dieses dynamischen, sich neuen Herausforderungen stellenden und selbstregulierenden Entwicklungsprozesses nimmt das kindliche Selbst mit seiner Verletzlichkeit aber auch Widerstandskraft eine ebenso entscheidende Regulations- und Vermittlungsfunktion ein wie das soziale Netz mit seinen emotionalen, sozialen und gesundheitlichen Ressourcen. Kontrollerleben und die Erfahrung eigener Wirksamkeit bei der Bewertung und Bewältigung ökologischer Übergänge agieren als entwicklungsfördernde Variablen. Da im Rahmen dieser Theorie neben sozialen und materiellen Lebensbedingungen auch subjektive Bewertungsprozesse berücksichtigt werden, definiert BRONFENBRENNER Entwicklung entsprechend "*als dauerhafte Veränderung der Art und Weise, wie die Person ihre Umwelt wahrnimmt und sich mit ihr auseinandersetzt*" (BRONFENBRENNER 1981, 19). In seinen Ausführungen stützt er sich auf PIAGETs Konzept vom Aufbau der Wirklichkeit oder wie er es formuliert von der *Entstehung der wahrgenommenen Realität* (BRONFENBRENNER 1981, 26), jedoch mit der Hervorhebung des Einflusses der Umwelt.

BRONFENBRENNER betont die aktiven Möglichkeiten des Kindes, sich selbst unterschiedliche Kontexttypen auszusuchen, Einfluss auf Erwachsene auszuüben und sein Wissen auf neue Umweltbedingungen zu übertragen d.h. konstruktiv auf ein verfügbares ökologisches Milieu zu reagieren zugleich aber auch die Eingebundenheit individuellen Verhaltens in größere soziale und institutionelle Zusammenhänge. Hierbei setzt sich das Kind mit immer komplexeren Umwelтанforderungen auseinander, die es zu erfassen und zu bewältigen versucht.

Entscheidenden Einfluss auf die handelnde Auseinandersetzung hat dabei nach WYGOTSKI 1978 die *Zone der proximalen Entwicklung*, die definiert ist als die Distanz zwischen dem aktuellen Entwicklungsstand des Kindes, Probleme selbständig lösen zu können und der potentiellen Fähigkeit, Herausforderungen mit Hilfe von Erwachsenen, älteren Freunden, Geschwistern etc. zu bewältigen. Durch diese Istwert-Sollwert-Diskrepanzen, diesen Reiz des gerade noch Erreichbaren erhält das Kind den inneren Schub, die Motiva-

tion die den Entwicklungsprozess anstößt, aufrechterhält und den Erwerb neuer und komplexer Fähigkeiten fördert.

Darin ist ein grundlegendes intrinsisches Motivationskonzept enthalten, wie es in der humanistischen Psychologie als Bedürfnis nach Wachstum eine bedeutende Rolle spielt und von ROGERS 1987 im Rahmen seines personenzentrierten Persönlichkeits- und Therapiekonzepts als *Aktualisierungstendenz* des Organismus, als innewohnende Kraft zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten beschrieben wird.

1.2.7. Die humanistische Psychologie nach ROGERS

Eine humanistische Entwicklungstheorie im eigentlichen Sinn gibt es nicht, als Vertreter eines solchen Ansatzes kann jedoch ROGERS 1961 angesehen werden, der mit seinen Arbeiten das Gedankengut humanistischer Psychologie auf Entwicklungsprozesse und Interventionstechniken anwendete. In den grundlegenden Arbeiten zur Psychomotorik (KI-PHARD 1984, ZIMMER 1999) wird immer wieder das inhärente Menschenbild der humanistischen Psychologie hervorgehoben, dem man sich verpflichtet fühlt und welches das Selbstverständnis der jeweiligen Förderpraxis prägt. In den Ausführungen seiner Persönlichkeitstheorie betont ROGERS als grundlegendes Motiv menschlichen Seins das Streben nach Selbstverwirklichung, die Aktualisierungstendenz, die er wie folgt definiert:

"... die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung aller seiner Möglichkeiten in der Weise, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen. Die Tendenz beinhaltet (...) die Entwicklung von Organen und Funktionen, das Wachstum der Persönlichkeit, die Expansion von Fertigkeiten zur Umweltbewältigung durch den Gebrauch von Werkzeugen und die Ausweitung und Verbesserung der Reproduktion. Angestrebt ist eine individuelle Entwicklung in Richtung auf mehr Selbstständigkeit (Autonomie), weg von Unselbstständigkeit oder Kontrolliertheit durch äußere Kräfte" (ROGERS 1987, 196f).

Entwicklung ist demnach durch die folgenden Prämissen gekennzeichnet, die in den beschriebenen Anpassungsprozessen nach PIAGET und der Bedeutung der Beziehung zwischen den Ereignissen, Personen und Objekten des jeweiligen Lebensbereiches nach BRONFENBRENNER ihr Korrelat haben.

Das Individuum ist zu Beginn seines Lebens biologisch und emotional von seiner Umwelt abhängig, strebt jedoch mit zunehmender Kompetenz nach mehr *Autonomie*, die sich gleichwohl nur im sozialen Gefüge verträglich realisieren lässt. Dabei wird der Mensch als ein aktives, lebendiges und unternehmungslustiges Wesen betrachtet, dessen Bedürfnis es

ist, sich neue Lebensumwelten zu erschließen, neues Wissen anzueignen und kreative Impulse zu *verwirklichen*. Er strebt nach einem *sinnvollen* und erfüllten *Dasein*, vorausgesetzt, seine elementaren Bedürfnisse nach Sicherheit und Liebe sind befriedigt.

Aus humanistischer Sicht ist der Mensch als *Ganzheit* zu verstehen, in der psychische, physische, kognitive, soziale und emotionale Prozesse zusammenlaufen.

Das *subjektive Erleben* ist das erste, das dem Menschen zugänglich ist aber gleichzeitig auch das entscheidende Moment für sein Handeln.

In dem Bemühen des Kindes, eigene Bedürfnisse³¹ zu befriedigen und Anforderungen zu bewältigen, um so sein inneres Gleichgewicht zu erlangen ohne sich vor neuen Entwicklungsanregungen zu verschließen, ist das Selbst entscheidendes Regulativ im Interaktionsprozess zwischen Individuum und Umwelt.

Dieses Bild des Menschen als ein bewegliches, handelndes Wesen, das seinen Entwicklungsprozess aktiv mitgestaltet, konstituiert die Grundannahmen der Psychomotorik: *"Es (das Kind) muss etwas leisten, möglichst selbsttätig, es muss Lösungen und Wege selbst finden, es muss im Handeln lernen, mit den eigenen Emotionen umzugehen. Letztendlich sind es Anpassungsprozesse, die Realität dieser Welt und der menschlichen Gemeinschaft in sich abzubilden, um handelnd damit umgehen zu können."* (SCHILLING 1990,60)
„In der Psychomotorik wird das Kind als handelndes Subjekt verstanden, das Verantwortung übernehmen und auch für sich selber entscheiden kann. Damit wird selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Handeln nicht nur Ziel, ..., sondern es wird gleichermaßen bereits Methode der Fördermaßnahme. ... An die Stelle einer Be-handlung tritt die Befähigung zum möglichst selbständigen Handeln und zwar sowohl auf motorischer wie auch auf sozial-emotionaler und kognitiver Ebene“ (ZIMMER 1999, 29f).

Die Problematik dieses in der Psychomotorik so selbstverständlich angenommenen Menschenbildes wurde bislang nur von SEEWALD 1998b benannt, der darin den Ausschluss geistig und schwerst-mehrfach behinderter Menschen erkennt. Ein schwerwiegender Einwand vor dem Hintergrund öffentlich geführter Diskussionen um Bewusstsein und darauf vermeintlich begründetem Lebenswert/-unwert von Menschen. Das Dilemma zeigt sich in der Diskrepanz zwischen einer Annahme, die als Arbeitsgrundlage für die Konzeptbildung steht, die in ihrer Allgemeingültigkeit jedoch so nicht stehen zu lassen ist, außer die Psychomotorik versteht sich als zielgruppenspezifisch für aktiv handelnde Menschen. Eine Auflösung dieses Widerspruchs wird erst möglich wenn das Menschenbild als eine Hal-

³¹ Eine umfassende Darstellung kindlicher Bedürfnisse ist bei SCHMIDTCHEN 1999, 20f aufgeführt

tung verstanden wird, welche die Würde des Einzelnen auf Eigenständigkeit im Rahmen seiner Möglichkeiten respektiert und das Vertrauen in die Selbstregulation des Individuums unterstreicht.

1.2.8. Beziehungserfahrungen als Grundlage menschlicher Identität

Entwicklung vollzieht sich in der aktiven Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Umwelt. Die frühesten Erfahrungen über die eigene Körperlichkeit, über die Wirksamkeit eigener Handlungen in sozialen Prozessen basieren auf dem engen Zusammenspiel zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen. Das Ausmaß, in wieweit sich Kinder den Herausforderungen des Alltags stellen, wird durch die Qualität der Beziehungserfahrungen mitbestimmt³². Eine starke gefühlsmäßige Bindung an eine Bezugsperson ermöglicht in gemeinsamen Handlungen die Erweiterung kindlicher Kompetenzen und die Herausbildung einer eigenen Identität. *"In der Angst kann keine Identität erprobt werden, sie bedarf einer absichernden, in ihrer Vertrautheit einigermaßen vorhersehbaren Umgebung"* (v. Lüpke 2000, 110). Gemeinsames Handeln, gegenseitige Anteilnahme und der wechselseitige Austausch positiver Gefühle bilden die Basis tragfähiger konstruktiver Zweierbeziehungen, die als entwicklungsfördernd betrachtet werden können.³³ In diesem Zusammenhang kann auch WYGOTSKIs Konzept des proximalen Raumes verstanden werden, in dem die Bezugsperson entsprechend den wachsenden Kompetenzen des Kindes die Unterstützung schrittweise zurücknimmt und somit den Rahmen des "gerade noch Erreichbaren" für das Kind gestaltet.

Nach BRONFENBRENNER ist die ideale Form einer solchen Zweierbeziehung die *Entwicklungsdyade*, die allerdings nur dann zum Tragen kommt, wenn sie nicht durch Dritte, die zu einem Partner in Verbindung stehen, gestört wird. Dies ist dann der Fall, wenn z.B. das Elternpaar im Beisein des Kindes unterschiedliche Erziehungshaltungen austrägt. Im Idealfall gelingt es den Eltern eine Allianz einzugehen, welche es erlaubt, die erzieherischen Aktivitäten des jeweils anderen zu akzeptieren bzw. zu respektieren. Die so entstandene Partnerschaft bildet dann ein Unterstützungssystem bei der Bewältigung der Erziehungsaufgaben. Die Möglichkeit einer *Triangulierung* oder *Parentifizierung* des Kindes kann zur irrtümlichen Übernahme von Verantwortlichkeiten führen, die dann die Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben beeinträchtigt.³⁴ Andererseits können konstruktive

³² BRONFENBRENNER 1981, BRISCH 1999, RIKSEN-WALRAVEN 1991

³³ Siehe dazu auch die Arbeiten von PETERANDER 1993, PETERANDER et al. 1994

³⁴ Ausführlichere Beschreibung der Paar- und Elternebene bei SCHNEEWIND 1998

ve Triaden im Sinne einer Vernetzung verschiedener Kontextebenen die Entwicklung und Übertragung neuer Kompetenzen auf andere Lebensräume unterstützen. Die Gefahr einer destruktiven Triangulierung sollte dem Therapeuten im Förderprozess stets präsent sein und das therapeutische Handeln leiten.

Die Bedeutung früher Bindungserfahrungen für die kindliche Entwicklung soll im folgenden kurz skizziert werden.

1.2.8.1. Frühe Bindungserfahrungen

Als Vater der Bindungstheorie gilt der englische Psychoanalytiker John BOWLBY, der diese in den 60er Jahren ausarbeitete. Anlaß für die Entwicklung der Theorie war eine in den 40er Jahren von ihm durchgeführte Studie zu den Folgen kriegsbedingter Trennungen und Verluste von Kindern von ihren Familien. Betroffen von dem erlebten Kinderelend versuchte er, die besorgniserregenden Befunde auf eine theoretische Basis zu stellen. Die theoretischen Stützpfeiler seiner Konzeption sind einerseits die Psychoanalyse und andererseits die Ethologie oder Verhaltensbiologie³⁵.

Die Bindungstheorie versteht sich als eine umfassende Konzeption der emotionalen Entwicklung des Menschen, mit deren Hilfe die vielfältigen Formen emotionalen Schmerzes und Störungen des emotionalen Gleichgewichts aufgrund von Trennungen und Verlust erklärt werden und die für Therapie (und empirische Forschung) nutzbar gemacht werden soll.

Das Bindungsverhalten wird als eine Klasse von Verhaltensweisen verstanden, die der Herstellung und Aufrechterhaltung von Nähe und Zuwendung zu einer spezifischen Person dienen. Das Bindungsverhalten kommt der Überlebenssicherung des Säuglings sowie dem Aufbau einer emotionalen Basis für das Explorationsverhalten des Kindes zugute.

BOWLBY unterscheidet vier Phasen der Entwicklung einer Bindung zu einer Mutterfigur (BOWLBY zitiert nach GROSSMANN et al. 1989, 36):

1. Phase der unterschiedslosen sozialen Reaktionsbereitschaft. Der Säugling richtet an jeden seine Signale und reagiert auf jeden (ca. 0-3 Monate)
2. Phase der unterschiedlichen Interaktionsbereitschaft. Bekannte Personen werden von unbekannten unterschieden und bevorzugt, aber noch keine Ablehnung unbekannter Interaktionspartner (ca. 3-6 Monate)

³⁵ Ausführlicher dazu GROSSMANN et al. 1989

3. Phase aktiver Bemühungen, Nähe und Kontakt zu den wenigen Bindungsfiguren aufrecht zu erhalten. Soziale Interaktionsbereitschaft ist deutlich auf spezifische Personen gerichtet, Fremde werden abgelehnt. Geistige Erkenntnis der Gegenstands- und Personenpermanenz (ca. 6 Monate – ca. 3 Jahre)
4. Phase der zielkorrigierten Partnerschaft. Das Kind versucht, die Ziele der Bindungsfigur so zu beeinflussen, dass sie seinen eigenen Bedürfnissen nach Nähe und Interaktion entsprechen (ab ca. 3 Jahre).

Als sensible Phase im Bindungsaufbau wird die dritte Phase angesehen, in der Beziehung erstmals personenspezifisch ist.

Wenngleich das Bindungsverhalten bei Kindern am häufigsten und intensivsten sichtbar ist, geht man davon aus, dass es für die gesamte Lebensspanne charakteristisch ist und das individuelle Verhaltensrepertoire mitbestimmt.

Das Bindungsverhalten im Kleinkindalter, das durch Schreien, Weinen, Lächeln, Nachfolgen und Rufen geprägt ist, löst bei der Bezugsperson im idealen Fall vermehrte Aufmerksamkeit und Hinwendung zum Kind aus. Die Bindungsqualität zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson ist durch die *Feinfühligkeit* der Bindungsperson geprägt, die sich durch die Wahrnehmung und Interpretation der kindlichen Signale und einer prompten und angemessenen Reaktion auszeichnet. Die Feinfühligkeit der Bezugsperson ist keine feste Eigenschaft, sondern wird im situativen Geschehen und Kontext durch das Verhalten des Kindes und die speziellen Lebensumstände beeinflusst.

Mary AINSWORTH (1967) konnte die Bindungstheorie erstmals in einer Feldstudie in Uganda empirisch belegen, in der ein besonderes Niveau der Bindung zwischen Mutter und Kind auf bestimmte qualitative Verhaltensweisen (Feinfühligkeit) der Mütter als Reaktion auf kindliche Signale zurückgeführt werden konnte. Operationalisierungen bildeten die Grundlage für weitere Untersuchungen in Baltimore (1969) mit einer standardisierten Beobachtungssituation, der sog. „Fremden Situation“, in der das Verhalten von Kleinkindern gegenüber ihrer Bezugsperson nach Trennung beobachtet wurde. Im deutschsprachigen Raum seit Mitte der 70er Jahre von GROSSMANN/GROSSMANN (1986) angelegte Längsschnittuntersuchungen weiteten die Bindungsforschung empirisch erheblich aus und bezogen nun auch das Verhalten 5-Jähriger in Abwesenheit der Bindungsperson sowie retrospektive Angaben von Eltern zu ihrer eigenen Kindheit mit ein.

Drei Qualitäten von Bindung eines Kindes zu seiner Bezugsperson im Alter von 12 Mo-

naten wurden nach AINSWORTH 1978 differenziert, die sich wie folgt charakterisieren lassen:

A: Unsicher – vermeidende/distanzierte Bindung

- ◆ Überwiegen des Neugier-Beschäftigungssystems auf Kosten des Bindungssystems
- ◆ Eingestreute, unvermittelte Ärgerausbrüche
- ◆ Verbergen oder unterdrücken negativer Gefühle gegenüber der Bindungsperson, positive Gefühle werden geäußert
- ◆ Distanz zur Bindungsperson
- ◆ Der Sicherheitsgewinn aus der Nähe der Bindungsperson muss auf Umwegen, z.B. durch Spiel, Leistung erreicht werden

B: Sichere Bindung

- ◆ Ausgewogene Balance zwischen Bindungsverhalten und Neugier
- ◆ Offene Kommunikation der Gefühle gegenüber der Bindungsperson, besonders der negativen Gefühle
- ◆ Zuversicht in die Bindungsperson, dass sie das Leid beenden kann. Die Bindungsperson wird bei Leid aufgesucht
- ◆ Sicherheitsgewinn aus der Nähe zur Bindungsperson. Bei genügend Sicherheit erneutes Überwiegen der Neugier

C: Unsicher – ängstliche Bindung

- ◆ Überwiegen des Bindungsverhaltens auf Kosten des Neugier aus Angst vor Trennung von der Bindungsperson
- ◆ Übertriebener Ausdruck von Angst, um die Bindungsperson auf sich aufmerksam zu machen
- ◆ Unbeherrschbare Mischung von Angst und Ärger weil das Kind die Zuwendung der Bindungsperson nicht steuern kann.
- ◆ Untröstbare Verzweiflung bei Trennung, aber auch kaum Sicherheitsgewinn durch Wiedervereinigung.

MAIN et al. (1985) fügten noch eine weitere Kategorie hinzu

D: Unsicher - desorganisierte Bindung

- ◆ Die unsicher - desorganisierte Bindung bezeichnet die Überlagerung aller zuvor genannten Bindungsmuster durch bizarre, stereotype oder anderweitig auffällige Verhaltenselemente. Als typische Formen der Desorganisation von Bindungsmustern gelten stereotype Bewegungen, das Ziel verfehlendes Verhalten, zufällige oder beiläufige Aggression gegen einen Elternteil in der Fremden Situation, Phasen der Starrheit, etc..

Die unterschiedlichen Bindungsqualitäten entwickeln sich in den ersten 12 Monaten des Kindes als Resultat des gemeinsamen Interaktionsgeschehens zwischen Kind und Bezugsperson. Der Typ der Bindungsqualität wird als sogenanntes Arbeitsmodell („inner working model“ BOWLBY 1975) verinnerlicht und beeinflusst die Persönlichkeitsentwicklung sowie das Verhalten in persönlichen Beziehungen über die Lebensspanne hinweg. Die Art der Bindungsqualität beschreibt die Fähigkeit, negative, widersprüchliche Gefühle in Einklang mit der Wirklichkeit zu integrieren, diese in belasteten Situationen offen zu zeigen bzw. sie überhaupt bei sich selber zuzulassen.

Nach BOWLBY entwickelt das Kind verschiedene Arbeitsmodelle und zwar bezüglich der Verfügbarkeit der Bindungsperson und hinsichtlich der Einschätzung des Selbst als wertvoll und liebenswert. Die Wirkung und Beschaffenheit dieser Arbeitsmodelle, die als geistige Repräsentationen sowohl kognitive wie auch affektive Komponenten umfassen, wurden in zahlreichen Längsschnittuntersuchungen analysiert. So ergaben die Untersuchungen Hinweise auf Zusammenhänge zwischen dem frühkindlichen Bindungsmuster und

- ◆ verbalen Kommunikationsleistungen
- ◆ späterem Kindergartenverhalten
- ◆ späterem Neugier- und Explorationsverhalten
- ◆ der Gestaltung von Freundschafts- und Partnerschaftsbeziehungen
- ◆ Kindheitserinnerungen
- ◆ der Beziehung zu eigenen Kindern.

Die sehr breit angelegten Längsschnittuntersuchungen von GROSSMANN 1986 und MAIN et al. 1985 bestätigten die Relevanz und vor allem Stabilität der unterschiedlichen mit 12 Monaten eruierten Bindungsqualitäten in späteren Lebensabschnitten.

So zeigten die als sicher gebunden klassifizierten Kinder im Alter von 6 Jahren in der Wiedersehensphase nach einer einstündigen Trennung offenere sprachliche Kommunikationsmöglichkeiten, wenn es um bindungsrelevante Themen, den Dialog mit den Eltern oder um die Auseinandersetzung mit fiktiven bindungsrelevanten Situationen ging. Die Kommunikation zwischen Eltern und Kind war durch Eingehen und Aufgreifen der angebotenen Themen und einer „Entwicklung“ eines Gesprächs gekennzeichnet. Die unsicher gebunden Kinder hingegen schienen in ihrer Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitung eingeschränkt zu sein, die Themenauswahl oft unpersönlich und häufig wechselnd. Die sprachliche Kommunikation unsicher desorganisierter Kinder war durch unflüssige Dialoge gekennzeichnet, deren Fokus stark auf die Beziehung gerichtet war und die kein gegenseitiges Einvernehmen und Weiterverfolgen einzelner Themen auch von Seiten der Eltern ermöglichten.

Ein weiterer Untersuchungsschwerpunkt lag auf Auswirkungen des Bindungsverhaltens auf die Verhaltensregulation in anderen Sozialisationsinstanzen in diesem Fall dem Kindergarten. Als Beobachtungsskriterien wurden das Spiel, der Kontakt zu anderen Kindern, soziale Konflikte und Verhaltensprobleme ausgewählt. Ohne auf die einzelnen Kriterien näher einzugehen, ergaben die Untersuchungen, dass Zweidrittel der als sicher gebunden geltenden Kinder in drei oder sogar allen vier Bereichen über entsprechende Kompetenzen wie beispielsweise eigenständige, konstruktive Konfliktbewältigung verfügten, während nahezu alle unsicher gebunden Kinder in zwei oder mehr Bereichen wenig kompetentes Verhalten zeigten.

Einen für die Entwicklung der Kontrollüberzeugung ganz wesentlichen Aspekt betrifft das Neugier- und Explorationsverhalten der Kinder. Ein faszinierendes und zugleich bedrohendes Element des kindlichen Spiels ist das Fremde (PAPOUSEK 1989a), das den Reiz des Erkundens und Experimentierens ausmacht, zugleich jedoch auch eine abschreckende und verunsichernde Wirkung hat. Sich der Faszination und Herausforderung zu stellen, setzt beim Kind eine sichere emotionale Basis voraus, die ein Vordringen, aber auch Rückzug und Rückversicherung ermöglicht. Wie schon im Kleinkindalter festgestellt, zeigen die sicher gebundenen Kinder in Bezug auf die Häufigkeit, die Intensität und den Explorationsstil beim Umgang mit Spielmaterial eindeutig Vorteile gegenüber den unsicher gebundenen (LÜTKENHAUS et al. 1985, SUESS 1987). Bindungssicherheit und Explorationsverhalten bedingen einander wechselseitig. Das Vorhandensein besserer Steuerungs- und Kommunikationsstrategien bei den sicher gebundenen Kindern wirkt sich auch auf die sozialen Kompetenzen im Spiel mit Gleichaltrigen aus, indem sie als kooperativer, offener,

zuversichtlicher und hilfsbereiter beschrieben werden (GROSSMANN 1984, SUESS 1987).

Keine signifikanten Zusammenhänge konnten hingegen zwischen der Bindungsqualität und kognitiven resp. Sachkompetenzen nachgewiesen werden. Es scheint so zu sein, dass eine sichere Bindung als unterstützender aber nicht als ausschlaggebender Faktor für die Entwicklung einer Spiel- und Sachkompetenz angesehen werden muss.

Einen sehr beachtlichen Zusammenhang zwischen dem Bindungsverhalten des Kindes und den Erinnerungen an Bindungserlebnisse resp. dem Bindungshaltung der Mutter konnten MAINE et al. 1985 und FREMMER-BOMBIK 1987, BRISCH 1999 nachweisen. Eine ausgeprägte Feinfühligkeit der Mutter korrelierte mit einer größeren Offenheit gegenüber bindungsrelevanten Themen sowie einer umfassenden wie auch emotional intensiven Erinnerung an eigene Bindungserlebnisse. Beachtenswert bei diesen Ergebnissen war, dass negative Bindungserfahrungen nicht zwangsläufig zu unsicher organisierten Repräsentationen führen, sondern gleichwohl zu sicher organisierten Repräsentationen von Bindung verarbeitet werden können.

Die sozialen Beziehungen und Bindungserfahrungen innerhalb des Systems Familie beschränken sich jedoch nicht nur auf die Eltern, sondern auch auf die Beziehung zu den Geschwistern, wenngleich auch in abnehmenden Maße, da die Einkindfamilien zunehmen.

1.2.8.2. Geschwisterbeziehungen

Ausgehend von der Psychoanalyse hat sich die wissenschaftliche Literatur jahrzehntelang nur mit den negativen Aspekten der Geschwisterbeziehung, der "Entthronung" des älteren Kindes, beschäftigt. Selbst die Familientherapie betrachtete die Geschwister lange Zeit nur als Subgruppe im System. Erst in den 70er Jahren³⁶ wurde in den USA die Aufmerksamkeit vermehrt auf die positiven Elemente der Geschwisterbeziehung gerichtet. Ausgangspunkt waren die Beobachtungen, dass es trotz der hohen Scheidungsraten und massivster Trennungserlebnisse und Enttäuschungen durch Verluste so viele gesunde resp. nicht so viele gestörte Scheidungskinder gab. Therapeuten konstatierten, dass Geschwister in Lebenswirren oftmals der einzig konstante Faktor waren und dass in diesen Beziehungen eine Quelle emotionaler Ressourcen und gegenseitiger Unterstützung sitzt.

Die Geschwisterbeziehung stellt im Rahmen der Beziehungserfahrungen einen besonderen Typus dar, da sie die am längsten währende, unauflösbare und auf einer gemeinsamen

Vergangenheit beruhende Beziehung zwischen zwei oder mehr Personen darstellt. Die gegenwärtigen Forschungsansätze beziehen sich auf die Auswirkungen der Geschwisterkonstellation auf die Lebensentwicklung des einzelnen Kindes³⁷, die lern- und entwicklungspsychologischen Aspekte der Geschwisterbeziehung sowie auf familiensystemische Betrachtungen³⁸.

Die folgenden Ausführungen betrachten schwerpunktmäßig die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen für die Entwicklung der eigenen Identität.

Entwicklungspsychologische Untersuchungen belegen, dass sich die Intensität und die Qualität der Beziehungen zwischen Geschwistern im Laufe des Lebenszyklus verändern und sich drei Phasen abzeichnen, die *Phase der Intimität*, die *Phase der Distanz* und die *Phase der Wiederannäherung*.

Die *Phase der Intimität*, die von der Neugeborenenzeit bis zur Pubertät reicht, bildet gewissermaßen die Basis für die Geschwisterbeziehung. In der psychoanalytischen Literatur galt die Entthronung des älteren Kindes und die damit verbundenen Gefühle von Hass, Eifersucht und Neid als prägend für diese Phase. Neuere Ansätze gehen hingegen davon aus, dass die Geschwister*liebe* als ein autonomer Prozess der Objektbindung dominiert und Konflikte erst zu einem späteren Zeitpunkt entstehen, wenn eine Benachteiligung durch die Eltern befürchtet wird oder die zunehmende Handlungskompetenz des Geschwisters als bedrohlich erlebt wird. Das im Rahmen einer Langzeituntersuchung des Berliner Max-Planck-Instituts entwickelte Drei-Phasen-Modell³⁹ der familiären Veränderungen bei der Geburt des zweiten Kindes, das sich primär an den Entwicklungsfortschritten des Nachgeborenen orientiert, bestätigt die primär positive Zuwendung des Erstgeborenen. Entscheidend für die Beziehung zwischen den Geschwistern ist vor allem zu Beginn das Verhalten der Eltern⁴⁰, deren zentrale Aufgabe es ist, die Bedürfnisse nach Zuwendung beider Kinder zu befriedigen und zugleich einen Kontakt zwischen den Geschwistern herzustellen. Die elterlichen Strategien sind dabei handlungsleitend für den Umgang der Geschwister untereinander. Der steigende Aktionsradius und die wachsende Handlungskompetenz des jüngeren Kindes birgt vermehrt Konfliktpotential in sich, das durch die Eltern reduziert werden muss. Auf der Elternebene wurden drei Lösungsstrategien beobachtet, sie halten sich aus den Konflikten der Kinder heraus, verlangen von den Älteren, dass sie nachgeben oder

³⁶ Initiatoren der neuen Perspektive waren SUTTON-SMITH/ROSENBERG 1970, LAMB/SUTTON-SMITH 1982, BANK/KAHN 1982

³⁷ ERNST/AUGUST 1983, KASTEN 1993 a, 1998

³⁸ TOMAN/PREISER 1973

³⁹ 1. Phase 0.-9. Monat; 2. Phase 9.-18. Monat, 3. Phase 18.-24. Monat

verhindern Konflikte indem sie zwei Dyaden bilden Mutter-Kleinkind und Vater-älteres Kind. Mit zunehmendem Alter steigen die Interaktionen zwischen den Geschwistern, die durch spezifische Merkmale geprägt sind. In der Säuglingszeit stellt das ältere Geschwister einen wesentlichen Bezugspunkt und eine emotionale Sicherheitsbasis für das jüngere Kind dar, dessen Explorationsverhalten dadurch verstärkt wird. Ältere Geschwister haben lange Zeit die **zentrale Rolle als Modell** oder Lehrer ihrer jüngeren Geschwister. Die Modellfunktion bezieht sich nicht allein auf den explorativen Umgang mit Spielmaterialien, sondern auch auf den Erwerb sozialer Kompetenzen durch die Erfahrung von Gerechtigkeit, Rücksichtnahme, Zusammenspiel und Teilen. Darüber hinaus haben ältere Kinder Vorbildfunktion bei der Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben, insbesondere bei der Ablösung von den Eltern.

Die wechselseitige Auseinandersetzung der Geschwister zwischen den Polen des Vergleichens und Abgrenzens birgt identitätsstiftende Erfahrung. Geschwister repräsentieren füreinander das begehrte Ähnliche aber auch Andere und im Rahmen ihrer Interaktion finden sie gegenseitige Bestätigung und Bewunderung, Anerkennung aber auch unterschiedlich definierte Machtpositionen, die zum Aufbau des Selbstbildes beitragen. In dem die Geschwister füreinander immer mehr Gestalt annehmen, grenzen sie sich auch voneinander ab und bilden ihre eigene Identität. Auch dieser Prozess unterliegt dem elterlichen Einfluss, da die Rollenverteilung durch die Eltern die Geschwisterbeziehung beeinflusst, indem die Kinder dazu neigen, die Rollenzuschreibung der Eltern zu übernehmen. Die Identifikation zwischen den Geschwistern wird als das wesentliche Fundament der Geschwisterbeziehung angesehen, die sich in drei Kategorien⁴¹ untergliedern lässt:

Bei der *engen Identifikation* findet eine Überbetonung der Ähnlichkeit statt, deren Folge eine Symbiose, Verschmelzung der Eigenarten des Einzelnen oder eine fast heldenhafte Verehrung des anderen ist. Diese sehr enge Verbindung hemmt die Entwicklungsmöglichkeiten des einzelnen Kindes resultiert jedoch häufig aus Defiziten in der elterlichen Versorgung, so dass sie zugleich gegenseitige Unterstützung und Nähe bringt. Im Gegensatz dazu steht die *geringe Identifikation* die durch polarisierte Ablehnung, Verleugnung der Beziehung und Betonung der Unterschiede gekennzeichnet ist und die Selbstentfaltung ebenso beeinträchtigen kann. Sie geht oft einher mit einer starren Rollenaufteilung bei einseitiger Zuwendung der Eltern zu einem Kind. Als idealtypisches Muster wird die *teilweise Identifikation* angesehen, bei der Ähnlichkeiten aber auch Unterschiede in verschiedenen

⁴⁰ Siehe dazu KASTEN 1993a, PAPASTEFANOU 1992

⁴¹ Ausführlichere Beschreibung der Identifikationsmuster bei BANK/KAHN 1994

Persönlichkeitsbereichen gesehen werden. Dieses Muster erlaubt Entwicklungs- und Veränderungsmöglichkeiten im Rahmen der Geschwisterbeziehung. Voraussetzung dafür ist eine differenzierte Betrachtungsweise und ein flexibler Umgang der Eltern mit den spezifischen Eigenarten des einzelnen Kindes, bei der jeder ausreichende elterliche Zuwendung erfährt. Diese Ambivalenz zwischen der Gleichheit und der Verschiedenheit ist zugleich ein prägendes Merkmal der Geschwisterbeziehung, die sich auch in der Gefühlslage und dem Umgang widerspiegelt. Geschwister lieben sich und hassen sich, sie konkurrieren miteinander und kooperieren. Ihre Auseinandersetzungen und Streitereien können als Kampf mit gemeinsamen Regeln betrachtet werden. Die Regeln von Vergeltungssystemen zwischen Geschwistern sind dabei oftmals sehr klar abgegrenzt und ein eindeutiges System aufeinander bezogener und damit vorhersehbarer Handlungen.

In der späten Kindheit nehmen die Kontakte zwischen den Geschwistern ab, da soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen, auch bedingt durch die Schule, in den Vordergrund rücken und sich die beginnende Ablösung gegenüber den Geschwistern leichter realisieren lässt. Die *Phase der Distanz*, die von der Pubertät bis ins mittlere Erwachsenenalter reicht, steht vorrangig im Zeichen der Entwicklung der eigenen Identität einhergehend mit einer wachsenden Abgrenzung von den Eltern und Geschwistern. Im Idealfall stellt die Geschwisterbeziehung eine sich wechselseitig fördernde konstruktive Konkurrenz dar. Mit Beginn der Berufsausbildung trennen sich oftmals die biographischen Lebensläufe der Geschwister, die eigene Partnerschaften eingehen resp. Familien gründen. Es folgt eine Phase der Familienferne, in der die Kontakte zu den Geschwistern auf freiwilliger Basis erfolgen. Erst gegen Ende dieser Phase kommen Geschwister durch gemeinsame Probleme wie die Pflege der Eltern oder Erbangelegenheiten einander wieder näher.

In der *Phase der Wiederannäherung* im höheren Alter sind Geschwister oftmals eine wichtige emotionale und soziale Stütze sowie Schutz gegen Einsamkeit nach dem Tod der Eltern oder beim Verlust des Partners. Zugleich können jedoch auch bestehende Konflikte reaktiviert werden.

Als wesentliche Einflussfaktoren für die Qualität der Geschwisterbeziehung gelten neben der Beziehung der Eltern zu den einzelnen Kindern verschiedene Variablen der Familienkonstellation wie sie FURMAN/BUHRMESTER 1985 in einem Modell (Abb. 4) skizziert haben, in das sie zugleich die wesentlichen Dimensionen der Geschwisterbeziehungen und die möglichen Auswirkungen auf das einzelne Kind integriert haben.

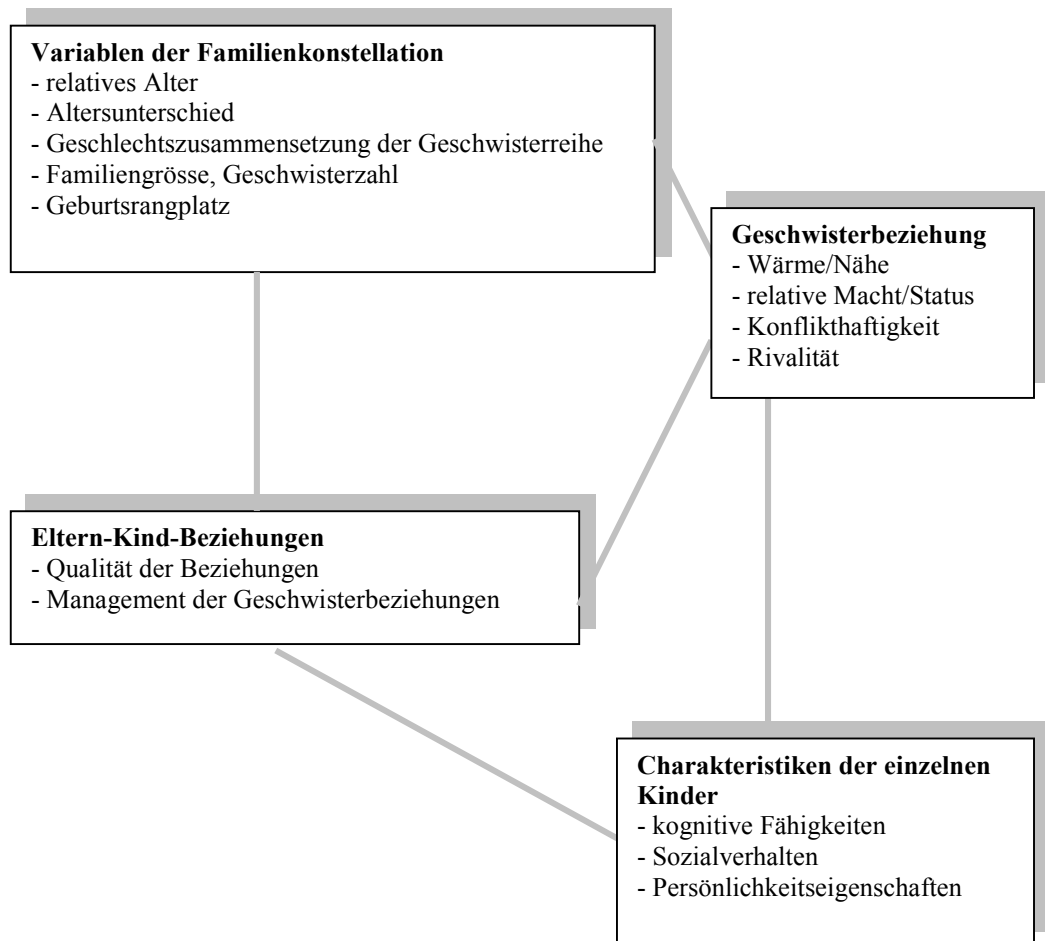


Abb. 4 Flussdiagramm der wesentlichen Ursachen und Effekte der Geschwisterbeziehungen nach FURMAN&BUHRMESTER 1985, 458

Der Einfluss der Geschwister auf die Kognition und Sozialisation zeigt sich, wie bereits dargestellt, in der Vorbildfunktion des älteren Kindes beim Spielzeuggebrauch, beim Erwerb physischer Fähigkeiten, sowie dem Erlernen von Spielregeln, Zahlen oder Sprache. Der natürliche Unterschied in den Kompetenzen bietet den Geschwistern eine ideale Lernsituation, in der durch Miteinanderspielen, Nachahmung, aber auch Instruktion Wissen und Erfahrung an die Jüngeren weitergegeben und eigene Fähigkeiten gefestigt werden. Die alltäglichen Spielsituationen repräsentieren zugleich vielfältige, sozial relevante Inhalte, in denen durch Rollenspiele soziale Kompetenzen der Einfühlung, Rollenübernahme, Kommunikation und Absprache spielerisch erprobt und erlernt werden, zugleich aber auch Konflikte erlebt und bewältigt werden können.

Die Bedeutung der Geschwister für die Persönlichkeitsentwicklung resultiert aus dem Erlernen grundlegender Kompetenzen zur Bedürfnisbefriedigung, die im Rahmen geschwisterlicher Interaktionen vermittelt werden. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass jedes Individuum mit Bedürfnissen ausgestattet ist und es Ziel einer erfüllten Persönlichkeits-

entwicklung ist, ein Repertoire an Verhaltensmustern zur Befriedigung dieser grundlegenden Bedürfnisse⁴² zu erlangen. Ein Teil dieser Bedürfnisse oder Motivthemen sind in der Geschwisterbeziehung präsent, so dass Kompetenzen zum Erleben, aktiven und passiven Befriedigen, Aufschieben oder Sublimieren in diesem vertrauten Beziehungsgefüge entwickelt werden können.

Die über lange Jahre und zahlreiche Veröffentlichungen hinweg vorherrschende Meinung des Geburtsrangplatzes als konstituierende Variable existierender Persönlichkeitseigenschaften ist mittlerweile weitestgehend revidiert, wiewohl die tradierten Bilder der dominanten Erstgeborenen, der problematischen Sandwichkinder und der behüteten Nesthäken in der populärwissenschaftlichen Meinung immer noch präsent sind. Jedoch scheint nicht der Geburtsrangplatz als solches das entscheidende Kriterium darzustellen, sondern die mit der jeweiligen Familienkonstellation einhergehenden elterlichen Erziehungsstile und Sozialisationseinflüsse wie Wohnsituation, ökonomische Situation, Berufstätigkeit, Verfügbarkeit der Elternteile etc..

Zunehmende Aufmerksamkeit gilt in den letzten Jahren der Beziehung zu einem "besonderen Geschwisterkind". Die Beiträge beziehen sich dabei ausschließlich auf geistig behinderte Kinder, während andere Behinderungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen, die schwierig vom Normalbereich abzugrenzen sind, weitgehend unberücksichtigt bleiben. Eine Verallgemeinerung der vorliegenden Ergebnisse wird dadurch erschwert, dass sie auf zumeist kleinen Stichproben beruhen und die "besonderen oder behinderten Kinder" als homogene Gruppe betrachtet werden. Die Vielfalt an Entwicklungsstörungen und die Komplexität der damit verbundenen Aufgaben und Probleme wird dadurch vernachlässigt. Da die inner- und außerfamiliären Kontakte, Vernetzungen und Konstellationen die Familien- und Geschwisterdynamik bestimmen, müssen die folgenden Annahmen als eine für den Einzelfall zu überprüfende Hypothese angesehen werden. Die meisten Untersuchungen haben sich primär mit den gesunden Geschwistern behinderter Kinder beschäftigt, weniger mit den besonderen Kindern selbst. Die Entwicklung der Geschwisterkinder wird durch die zusätzliche Belastung der Eltern und dem damit einhergehenden Verzicht auf Aufmerksamkeit und Zuwendung beeinflusst. Zudem ist ihre Rolle im Familienverbund durch hohe Erwartungen der Eltern an die Selbständigkeit und die Übernahme von Betreuungsaufgaben gekennzeichnet. Gleichzeitig übernehmen die nicht behinderten Geschwister unge-

⁴² Eine Übersicht dieser Bedürfnisse und ihrer Aktualität in der Geschwisterbeziehung SCHMIDTCHEN 1999, 20f, LÜSCHER 1997, 49f

achtet ihres Rangplatzes früher oder später die Rolle des Vorbildes, des Unterrichtenden, was zu einer Umkehr der natürlichen Rollenverteilungen und Machtverhältnisse in der Geschwisterbeziehung führt. Zugleich erlebt das besondere Kind diese Rollenasymmetrie, die sich in einem geringen Selbstkonzept⁴³ und der Festlegung in der Rolle des Hilfebedürftigen manifestieren und zu vermehrten Konflikten in der Geschwisterbeziehung führen kann. Eine umfassende Analyse der Bedingungsfaktoren wie Familiengröße, Alter der Geschwister, Art der Behinderung etc., die den Anpassungsprozess des Geschwisterkindes besonderer Kinder beeinflussen, hat KASTEN 1993b erstellt.

Die inhärenten Konflikte, aber auch Ressourcen in der Geschwisterbeziehung bilden für die systemisch ausgerichtete psychomotorische Arbeit mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern einen zunehmend wichtiger werdenden Ansatzpunkt. Die praxisrelevante Bedeutung und Auswirkung dieser theoretischen Grundlagen auf die psychomotorische Entwicklungstherapie wird in den Kapiteln 4.2. und 9.1. differenzierter dargestellt.

1.2.8. Peer-group Erfahrungen

Das in der geschwisterlichen Interaktion gewonnene sozialkompetente Verhalten bildet eine wichtige Basis für die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen (peer-groups), die mit Beginn des Kindergartenalters zunehmend an Bedeutung gewinnen und zu einer ersten Ablösung von der Familie führen. Die Auseinandersetzung mit anderen Kindern im selbststrukturierten (freies Spiel) aber auch institutionalisierten Rahmen (Kindergarten), stellt aus entwicklungspsychologischer Sicht eine weitere wesentliche Entwicklungsaufgabe dar, deren erfolgreiche Bewältigung zu einem befriedigenden Miteinander im sozialen Kontext und zu einer Stärkung des Selbstkonzeptes führt. Als grundlegende Voraussetzungen für das Gelingen sozialer Kontakte werden nach van LIESHOUT et al. 1991 die frühen positiven Bindungserfahrungen der Kinder angesehen sowie die Responsivität der Mutter als Modell für die Interaktion mit Gleichaltrigen. Im erweiterten sozialen Umfeld müssen sich die Kinder neue und auch wechselnde Interaktionspartner suchen, deren Vorstellungen und Bedürfnisse nicht immer mit denen der eigenen Person in Einklang stehen. Das Gewahrwerden der eigenen und der Absichten anderer sowie die Suche nach einem Konsens hinsichtlich der zu erreichenden Ziele stellt eine hohe Herausforderung an die kindliche Sensibilität und Interaktionsfähigkeit. Eine erfolgreiche und befriedigende Kooperation setzt das Geschick zur Aushandlung und Einhaltung gültiger Regeln auf der einen Seite aber

⁴³ Siehe Untersuchungen von SZIVOS 1991

auch Anerkennung und Bestätigung durch die Spielpartner auf der anderen Seite voraus. Diese Kompetenzen werden insbesondere in freien Spiel- und Bewegungssituationen (Punkt 1.2.3. in diesem Kapitel) gefordert aber auch geschult. Die Förderung sozialkompetenten Verhaltens durch die gemeinsame Ausgestaltung von Bewegungsanlässen innerhalb einer Kleingruppe stellt ein zentrales Element im Rahmen der psychomotorischen Entwicklungstherapie dar.

Zusammenfassung

Als Basis für das Konzept einer angewandten Motologie des Kindesalters lassen die beschriebenen (Entwicklungs-) Theorien für die therapeutische Praxis folgende Schlussfolgerungen zu.

Das personenzentrierte Konzept ebenso wie der entwicklungsökologische Ansatz implizieren Offenheit für neue Erfahrungen, ökologische Übergänge, Diskrepanzen und Risiken als notwendige Bestandteile der regulären Entwicklung und als grundsätzlich positiv und unerlässlich für einen Entwicklungsfortschritt und eine beständige Veränderung von Selbstkonzeptannahmen. Im Rahmen des Störungskonzeptes sind die Einflussfaktoren zu eliminieren, die eine erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungskrisen hemmen. Der entwicklungsökologische Ansatz ermöglicht darüber hinaus, Schutz- und Risikofaktoren im weiteren sozio-materiellen Umfeld des Kindes systematisch miteinzubeziehen und sowohl unter diagnostischen wie unter therapeutischen Gesichtspunkten (positive Vernetzung auf der Mesebene) nutzbar zu machen, so dass sich Interventionen nicht nur auf die Entwicklung und Veränderung des einzelnen Kindes beschränken, sondern auch auf die Flexibilität und Veränderbarkeit der Familie und komplexerer ökologischer Systeme. Das inhärente Konzept der Entwicklungsaufgaben bestätigt die eingangs formulierte These, dass eine Kindertherapie nicht nur die Behandlung bereits vorliegender Störungen beinhaltet, sondern in der Regel auch die Förderung normaler Entwicklungsprozesse zum Ziel hat.

2. Auswahl des Konstrukts der Kontrollüberzeugung als handlungs- und verhaltensregulierende Komponente

Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit war die langjährige therapeutische Arbeit mit Kindern im Alter zwischen 2;6 und 10 Jahren in einer klinischen Einrichtung. Als gemeinsame Symptomatik war diesen Kindern eigen, dass sie in unterschiedlichen Anforderungssituationen in den Rückzug gingen, sich verweigerten und mit Wutausbrüchen, Weinen oder Toben reagierten. Für die Eltern waren diese Muster nicht durchgängig verständlich, da diese Verhaltensweisen auch bei Aufgaben zu beobachten waren, welche die Kinder ihrer Meinung nach durchaus bewältigen konnten.

Das Spektrum „kritischer Situationen“ reichte von häuslichen Spielsituationen (Gesellschaftsspiele, gemeinsame Bastelangebote) über Angebote im Kindergarten (Stuhlkreis, Turnstunde, spezifische Gruppenangebote) hin zu konkreten Anforderungs- und Leistungssituationen (Kontrolluntersuchung beim Kinderarzt/Erstkontakt im KNZ). Ein weiteres übereinstimmendes Merkmal waren die Aussagen der Eltern (zumeist der Mütter), dass sich ihre Kinder nur begrenzt neuen Spielmaterialien zuwenden und wenig Ausdauer bei der freien Exploration zeigen, vielmehr vertraute Spielsequenzen wiederholen.

Die Mütter beschrieben ihre Kinder als wenig selbstbewusst und schnell aufgebend, wenn es Schwierigkeiten gab. Der Satz „*Das kann ich sowieso nicht*“ klang allen Beteiligten sehr vertraut.

Die anamnestischen Daten sowie die vorliegenden neurologisch-motoskopischen Ergebnisse wiesen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Kinder kaum Homogenität auf. Stärken und Schwächen in den für das Kindesalter relevanten Handlungskompetenzen (Motorik, Sprache) standen nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Ablehnung oder Auswahl an Anforderungssituationen durch die Kinder. Selbst für die Eltern bekannte Kompetenzen und Stärken wurden von den Kindern nicht immer eingesetzt bzw. für die Interaktion mit der sozialen und dinglichen Umwelt genutzt. Eine zutreffende Metapher war die *des sich selbst (resp. seiner Entwicklung) im Wege stehend*.

Die fachliche und theoretische Auseinandersetzung mit dieser Form entwicklungsbeeinträchtigenden und im sozialen Kontext auffälligen Verhaltens stellte die Suche nach relevanten Erklärungsmodellen an den Anfang.

Die Entscheidung für eine wissenschaftstheoretische Richtung war nicht zuletzt durch ein in der Motologie vorherrschendes Menschenbild und Entwicklungsverständnis geprägt, welches den Menschen als aktiv handelndes Wesen betrachtet, das zielgerichtet und in

seinem Lebenskontext sinnvoll agiert. Die Handlungsauswahl und -ausrichtung ist für das Individuum von subjektiver Bedeutung. In die aktuelle Handlung fließen demnach neben situativen Variablen auch aktualisierte Erfahrungen und Erlebnisse ebenso ein wie zukünftige Erwartungen. Die subjektiven Bewertungsprozesse insbesondere im Hinblick auf die zu erwartenden Konsequenzen des eigenen Handelns schienen bei den vorgestellten Kindern von besonderer Bedeutung und damit handlungsleitend zu sein. Die Akzentuierung subjektiver Erwartungen und Werte als handlungsregulierende Komponente findet sich vorrangig in den Erwartungs-Wert-Theorien oder auch Erwartungs-mal-Wert-Theorien, die seit Ende der 50er Jahre weite Bereiche der Motivations- und Handlungstheorie geprägt haben. Die Ansätze, die dieser Theoriengruppe zuzuordnen sind, sind ebenso vielfältig wie die in ihnen verwendete Terminologie.⁴⁴ Ihr gemeinsamer Kerngedanke ist, dass subjektive Werte (Zielpräferenzen, subjektive Verstärkungswerte, Werthaltungen) und subjektive Erwartungen die wichtigsten handlungsregulierenden Variablen sind. Dies bedeutet, dass das Handeln des Individuums davon abhängt, was es als Handlungsziel wünscht und welche Ergebnisse es in der Handlungssituation erwartet. Das dieser Theorie innewohnende Menschenbild beschreibt den Menschen ebenfalls als ein aktiv auf seine Umwelt einwirkendes Wesen, das zielgerichtet handelt und Erwartungen über seine Umwelt hat. Konzepte dieser Theoriengruppe, die bereits in die wissenschaftliche Auseinandersetzung des Gegenstandsbereiches der Psychomotorik Eingang gefunden haben, sind die Theorie der Handlungsregulation nach HACKER (1973), in welcher der Aspekt der Antriebsregulation erwartungs-wert-theoretisch dargestellt wird, die Untersuchungen zu kritischen Lebensereignissen nach FILIPP (1995), in welchen sich die Erwünschtheit und die Kontrollierbarkeit von Ereignissen als besonders prognostisch relevant erwiesen haben, der Ansatz der gelernten Hilflosigkeit von SELIGMAN (1999) sowie das Konzept der Selbstwirksamkeit von BANDURA (1977b).

Als ein elementarer Teil des Fundaments aller Erwartungs-Wert-Modelle gilt dabei die soziale Lerntheorie ROTTERS 1972, deren wesentlicher integraler Bestandteil das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen ist, das Eingang in vielfältigste Theorien⁴⁵ und empirische Untersuchungen gefunden hat. Dieses Konstrukt liefert, wie im Folgenden darzustellen ist, hinreichend Erklärungsansätze für das in der Klinik beobachtete Verhalten der vorgestellten Kinder und Ansatzpunkte für stützende Interventionsmaßnahmen im Rahmen der psychomotorischen Entwicklungstherapie.

⁴⁴ Siehe dazu auch den Überblick bei KRAMPEN, 1982

⁴⁵ Siehe Kapitel 2.

2.1. Die soziale Lerntheorie ROTTERS

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung ist ein integraler Bestandteil der sozialen Lerntheorie ROTTERS (1966), die in ihren Grundannahmen den Modellen der Erwartungs-Wert-Theorien zuzuordnen ist. Mit der sozialen Lerntheorie legte ROTTER ein dynamisch-interaktionistisches Modell vor, das zur Klärung intra- und interindividueller Unterschiede im Verhalten und Erleben in spezifischen Situationen beitragen sollte.

Als soziale Lerntheorie wird hier der Ansatz ROTTERS betrachtet, obgleich auch die Theorien von BANDURA (1977a) und MISCHEL (1973), der ROTTERS Modell durch Aufnahme zusätzlicher kognitiver Konstrukte weiterentwickelte, ebenfalls als soziale Lerntheorien bezeichnet werden.

Ein besonderer Verdienst ROTTERS liegt darin, dass er ein Konzept für eine umfassende Persönlichkeitstheorie vorlegte, das sich mit Verhalten in komplexen, sozialen Situationen befaßt und er mit seinen Vorstellungen die Wende von rein behavioristischen Ansätzen zur Verknüpfung behavioristischer und kognitiver Überlegungen eingeleitet hat. Insbesondere zwei Annahmen ROTTERS prägen die Veränderung in der psychologischen Forschung. Zum einen die Annahme, dass nicht unspezifische Reiz-Reaktions-Verbindungen das Verhalten steuern, sondern subjektive Informationsaufnahme und –verarbeitungsmechanismen. Zum anderen werden interaktionistische Aspekte aufgegriffen, indem das Wechselspiel zwischen Individuum und personspezifischer Umwelt als handlungs- und verhaltensregulierend betrachtet wird.

ROTTER (1972) formuliert sieben Prinzipien seiner sozialen Lerntheorie, welche die Basis für seine Untersuchungen des menschlichen Verhaltens und der Persönlichkeit bilden:

1. Die Einheit der Persönlichkeitsforschung ist die Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt.
2. Persönlichkeitskonstrukte müssen nicht durch andere Konstrukte (einschließlich physiologische, biologische oder neurologische) erklärt werden.
3. Durch Persönlichkeitskonstrukte beschriebenes Verhalten findet in Raum und Zeit statt. Obwohl alle psychologischen Konstrukte beschrieben werden können, wird angenommen, dass solche Beschreibungen prinzipiell auch durch physikalische Konstrukte möglich sind. Jede Konzeption, die solche Ereignisse selbst (und nicht deren Beschreibungen) als unterschiedlich auffasst, wird als dualistisch abgelehnt.

4. Nicht jedes menschliche Verhalten kann mit Persönlichkeitskonstrukten beschrieben werden. Verhalten, dass sinnvollerweise mit Persönlichkeitskonstrukten beschrieben wird, entsteht erst ab einer bestimmten Stufe von Komplexität und Entwicklung.
5. Die Erfahrungen einer Person beeinflussen sich gegenseitig oder anders formuliert die Persönlichkeit weist eine Einheit auf.
6. Verhalten, das durch Persönlichkeitskonstrukte beschrieben wird, hat ein Ziel. Der gerichtete Aspekt des Verhaltens wird aus den Verstärkungswerten erschlossen.
7. Das Verhalten einer Person wird nicht nur durch die Art und Bedeutung von Zielen und Verstärkern bestimmt, sondern auch durch Antizipation oder Erwartung der Person darüber, ob diese Ziele erreicht werden können. Diese Erwartungen sind durch frühe Erfahrungen determiniert und können quantifiziert werden.

Die Kernaussage der sozialen Lerntheorie ist, dass die Wahrscheinlichkeit, mit der ein bestimmtes Verhalten in einer spezifischen Situation auftritt von dem subjektiven Wert der persönlichen Verstärker und von der subjektiven Erwartung des Handlungssubjekts abhängt, ob in der spezifischen Situation durch das ausgewählte Verhalten der Verstärker erreicht wird. Formalisiert stellt ROTTER die Kernaussage wie folgt dar:

$$BP_{x, s1, Ba} = f(E_{x, s1, Ba} \& RV_{a, s1})$$

Wobei

$BP_{x, s1, Ba}$	=	Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des Verhaltens x in der Situation s1 bei Vorliegen der Verstärkung Ba („behavior potential“, (Verhaltenspotential)
$E_{x, s1, Ba}$	=	subjektive Erwartung (Antizipation) der Verstärkung Ba in s1 nach der Handlung x („expectancy“; Erwartung)
$RV_{a, s1}$	=	subjektiver Wert des Verstärkers a in Situation s1 („reinforcement value“; Verstärkungswert)

Damit formuliert ROTTER (1972, 11ff) als Basis seiner sozialen Lerntheorie vier Konzepte: das *Verhaltenspotential* (behavior potential), die *Erwartungen* (expectancy), den *Verstärkungswert* (reinforcement value) und die *psychologische Situation* (psychological situation).

Das Verhaltenspotential

Das Verhaltenspotential wird definiert als die Eintrittswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens in einer gegebenen Situation, die durch einen Verstärker beeinflusst ist. Dabei handelt es sich um ein relatives Konzept, da durch neue Erfahrungen des Individuums Erwartungen und Verstärkungswerte sich ändern und als Folge daraus auch das Verhaltenspotential. ROTTER betont, dass das Verhaltenskonzept der sozialen Lerntheorie ein breites ist, das neben den beobachtbaren Verhaltensweisen auch die „implicit behaviors“, die kognitiven Aktivitäten wie z. B. die Suche nach alternativen Lösungsmöglichkeiten und damit auch die Handlungskompetenz des handelnden Subjekts berücksichtigt. Das Auftreten von Verhaltensalternativen wird in der o.g. Formel nicht berücksichtigt, was dazu führt, dass in experimentellen Untersuchungen mit mindestens zwei Vorhersagegleichungen gearbeitet werden muss.

Erwartungen

Erwartungen werden beschrieben als die individuellen Annahmen, dass als Handlungsfolge ein bestimmter Verstärker in einer gegebenen Situation auftreten wird, d.h. wir sprechen von Handlungs-Ergebnis-Erwartungen. Subjektive Erwartungen sind erlernt und potentiell veränderbar. Es wird angenommen, dass Erwartungen von den subjektiven Verstärkerwerten systematisch unabhängig sind, obgleich einige Autoren auf eine Verknüpfung beider Variablen hinweisen⁴⁶.

In der sozialen Lerntheorie wird das Konzept der Erwartungen als eine subjektive Wahrscheinlichkeit verstanden, die nicht nur durch vergangene Erfahrungen mit Verstärkern in einer spezifischen Situation determiniert wird, sondern auch durch die Generalisierung zurückliegender Erfahrungen. Formalisiert bedeutet dies:

$$Es1 = f(E's1 \& GE)$$

wobei

Es1	=	subjektive Erwartungen in Situation s1 (situationsspezifische Erwartung)
E's1	=	Erfahrungen des Subjekts mit Situation S1
GE	=	Erwartungen, die aufgrund von Erfahrungen in anderen Situationen generalisiert (gelernt) wurden (generalisierte Erwartungen)

D.h. Erwartungen sind eine Funktion der Eintrittswahrscheinlichkeit, die auf den Erfahrungen des handelnden Subjekts mit der spezifischen Situation beruhen (Es1) und auf den

⁴⁶ PHARES 1976

generalisierten Erwartungen mit den gleichen oder ähnlichen Verstärkern, die in anderen Situationen auf ähnliches Verhalten folgen (GE).

In der Regel sind generalisierte Erwartungen in neuen, unbekannten und ambivalenten Situationen, in denen nicht auf spezifische Erfahrungen zurückgegriffen werden kann von größerer Bedeutung als in bekannten Situationen. Daraus ergibt sich wiederum folgende Formel:

$$Es1 = f \left(E's1 \ \& \ \frac{GE}{Ns1} \right)$$

wobei

$Ns1$ = Anzahl der Erfahrungen mit der Situation $s1$

D.h. situationspezifische subjektive Erwartungen sind eine Funktion der subjektiven Erfahrungen des Handlungssubjekts mit der spezifischen Situation und dem Verhältnis generalisierter Erwartungen und der Anzahl der Erfahrungen mit der gegebenen Situation. Generalisierte Erwartungen entstehen durch Lernprozesse, wobei zwischen zwei Generalisierungsaspekten unterschieden werden kann:

1. den generalisierten Verstärkererwartungen, bei denen über Situationen mit gleichen oder ähnlichen Verstärkern generalisiert wird und
2. den generalisierten Erwartungen bzgl. der Problemlösestrategien, die durch strukturelle Ähnlichkeiten von Situationen mit unterschiedlichen Verstärkern bedingt sind.

Als generalisierte Erwartungen benennt ROTTER Kontrollüberzeugungen, interpersonales Vertrauen und generalisierte Problemlösestrategien.

Der Verstärkungswert

Der subjektive Verstärkungswert wird als die individuelle Präferenz für einen Verstärker in einer gegebenen Situation bezeichnet, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit für alternative Verstärker gleich ist. Der Verstärkungswert ist ebenfalls ein relatives Konzept, das jedoch innerhalb einer Kultur und Subkultur Stabilität und Zuverlässigkeit aufweist. ROTTER differenziert zwischen internalen und externalen Verstärkern. Die internalen Verstärker sind die subjektiven Erfahrungen oder die Wahrnehmung, dass ein Ereignis für einen selbst von Bedeutung ist, während die externalen Verstärker für eine Gruppe von Leuten oder eine Kultur, zu der die handelnde Person gehört, relevant sind.

Die psychologische Situation

Das vierte Konzept der sozialen Lerntheorie ist letztendlich das wesentliche Bestimmungs-

stück der drei anderen Konzepte, da Verhalten nicht in einem Vakuum stattfindet, sondern das Individuum immer auf Aspekte der externen und internen Umgebung reagiert. ROTTER betont, dass eine Vorhersage menschlichen Verhaltens allein aufgrund personspezifische Merkmale des Individuum nicht ausreicht, sondern die subjektive Situations- und Umweltwahrnehmung, die den subjektiven Verstärkungswert und die subjektiven Erwartungen bestimmt, das situationsbezogene Handeln determiniert.

Ausgehend von seiner ursprünglichen Formel der Verhaltenssteuerung konstatiert ROTTER, dass diese der Komplexität des Verhaltens nicht gerecht wird und schlägt eine erweiterte Fassung vor, welche die Beachtung vieler alternativer Handlungen, vieler Verstärker und vieler Handlungssituationen berücksichtigt.

$$BP(x-n), s(1-n), B(a-n) = f[E(x-n), s(1-n), B(a-n) \& RV(a-n), s(1-n)]$$

Diese Gleichung, die wenig übersichtlich ist, wird hauptsächlich in der experimentellen Forschung Anwendung finden, während er für den klinischen Bereich eine vereinfachte Formel mit veränderten Termini einführt:

$$NP = f(FM \& NV)$$

Wobei

- NP = das Bedürfnispotential
- FM = die Bewegungsfreiheit und
- NV = den Bedürfniswert bezeichnet.

Das *Bedürfnispotential* beschreibt die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Gruppe von funktional verbundenen Verhaltensweisen und berücksichtigt damit die Tatsache, dass zur Erlangung gleicher Verstärker unterschiedliche Verhaltensweisen eingesetzt werden können. Die *Bewegungsfreiheit* umfasst eine Gruppe funktional verbundener Erwartungen und der *Bedürfniswert* ist die Gruppe funktional verbundener Verstärker.

Mit dieser Ausweitung in der Berücksichtigung mehrerer Handlungen, Verstärker und Situationen schafft ROTTER eine Komplexität, die in anderen Erwartungs-Wert-Theorien nicht zu finden ist, die zumeist nur eine Handlungssituation analysieren.

Im Rahmen der sozialen Lerntheorie ist menschliches Verhalten eine Funktion von generalisierten Erwartungen und subjektiven Verstärkerwerten. Ein Bestandteil der generalisierten Erwartungshaltungen sind die Kontrollüberzeugungen, die insbesondere in neuen und mehrdeutigen Situationen von großer Relevanz sind, wenn nicht auf spezifische Erfah-

rungen zurückgegriffen werden kann. Verhaltensänderungen sind nach ROTTER vorwiegend durch Modifikation der generalisierten Erwartungshaltungen möglich, da subjektive Verstärkerwerte nur schwer zu beeinflussen sind. Zwei Variablen können das Ausmaß an Veränderungen der generalisierten Erwartungen moderieren: der Überraschungseffekt und die Anzahl der vorangegangenen Erfahrungen. Unerwartet auftretende positive wie negative Verstärker haben einen stärkeren Effekt auf Veränderungen. Dagegen haben neue, unerwartete Erfahrungen nur geringen Einfluss auf die generalisierten Erwartungen, wenn vielfältige Erfahrungen mit der gegebenen Situation vorliegen, außer es gibt Hinweise darauf, dass sich die Situation als solche verändert hat. Insbesondere für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses sind diese beiden Moderatorvariablen relevant.

Ein besonderer Wert kommt der sozialen Lerntheorie auch dadurch zu, dass sie Ansätze der klassischen Persönlichkeitsforschung mit denen der situationsorientierten verbindet und die subjektiven Strukturierungs- und Verarbeitungsprozesse im Rahmen der Situationsanalyse berücksichtigt. Nicht die Konstellation von Person, Aufgabe und Umgebung allein bestimmt die Bewertung einer Situation, sondern der Bedeutungsgehalt der Situation für das handelnde Subjekt. Damit werden zwei wesentliche Aspekte der auch der Psychomotorik zugrundeliegenden Theorien akzentuiert, die Einbindung von Verhaltenssteuerung in situative Zusammenhänge und die Relevanz kognitiver Konstruktionsprozesse beim Individuum.

Obgleich ROTTER in seinem Ansatz das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen nur als einen Aspekt von vielen seiner gesamten Theorie betrachtet, hat diese sogenannte Initialpublikation eine immense Fülle an Veröffentlichungen nach sich gezogen, die sich aus unterschiedlichsten Perspektiven mit dieser Thematik beschäftigen. Eine sehr ausführliche Dokumentation über die umfassende Annahme und Verbreitung dieses Ansatzes findet sich bei KRAMPEN (1987, 1992).

2.2. Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen

ROTTERs psychologisches Konstrukt des „locus of control of reinforcement“ (oder in Kurzform des „locus of control“) löste in der deutschsprachigen Literatur vielfältige Übersetzungen aus, die von „Verstärkungskontrolle“ (OSSELMANN 1976), über „Selbst versus Fremdkontrolle der Verstärkung“ (HAAS 1980) bis hin zu Kontrollüberzeugung (KRAMPEN 1982a) reichen, ein Begriff, der sich in der Fachwelt weitestgehend durchgesetzt hat. Dieser Terminus wird auch in der vorliegenden Arbeit verwendet, da er u.a. im-

pliziert, dass es sich um subjektive Haltungen des Individuum handelt, die als Überzeugungen relativ weit generalisiert sind.

Die Gründe für die große Resonanz dieses Konstrukts in den 70er Jahren zunächst in der persönlichkeits- und sozialpsychologischen Forschung, zunehmend auch in der entwicklungspsychologischen Forschung sowie in verschiedenen Bereichen der angewandten Psychologie werden in der Verdrossenheit mit der bis dato überwiegend faktorenanalytischen Orientierung der Persönlichkeitspsychologie und der interaktionistischen und situationistischen Kritik daran vermutet sowie an der Einbettung in eine interaktionistisch ausgerichtete kognitiv-soziale Lerntheorie der Persönlichkeit, des Handelns und Erlebens⁴⁷.

ROTTER 1990 selber führt den hohen heuristischen Wert dieses Konstrukts auf

- ◆ seine Einbettung in eine breite Theorie
- ◆ seine präzise Definition
- ◆ seine theoretisch abgeleitete Operationalisierung
- ◆ die programmatische Art der Forschung und das Format der frühen Veröffentlichungen sowie auf
- ◆ das ökonomische Erhebungsverfahren zurück.

Die Bedeutung des Konstrukts der Kontrollüberzeugungen in den unterschiedlichsten psychologischen Disziplinen beruht auf zwei Aspekten, dem indikativen, prognostischen und evaluativen Wert für psychologische Interventionen und dem normativen Aspekt.

Für die Differentialdiagnostik psychischer Störungen aber auch für die Zuweisung von Personengruppen zu spezifischen Interventionsformen sind Kontrollüberzeugungen eine aussagekräftige Variable. In Bezug auf die Indikationsstellung erfüllen Kontrollüberzeugungen eine zweifache Funktion, zum einen dienen sie als Personvariable, die eine Zuordnung zu einer spezifischen Therapieform ermöglichen, zum anderen sind sie ein wesentliches Kriterium zur Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen wie zum Beispiel im schulischen Bereich⁴⁸. Diese Funktion impliziert zugleich den zweiten, den normativen Aspekt. Dieser normative Gesichtspunkt birgt, wenn man vom ursprünglich eindimensionalen Konzept ROTTERS ausgeht, die Gefahr in sich, vereinfachend Internalität als die positive, therapeutisch angestrebte Variante und Externalität als die negative anzusehen. Begründet wird diese Zuschreibung mit vorliegenden Zusammenhangsannah-

⁴⁷ Auf die der Verbreitung einer Theorie innewohnenden Fehlentwicklungen und Mißinterpretationen verweist KRAMPEN 1982, 1987, 1989

⁴⁸ KRAMPEN 1985

men zu Variablen wie Leistungsmotivation, Ängstlichkeit, Intelligenz u.v.a.m.. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Extremausprägungen von Externalität (Depression, Hilflosigkeit)⁴⁹ wie von Internalität (Allmachtsphantasien, Realitätsverlust) mit pathologischen Verhaltensmustern in Verbindung stehen. Vielmehr ist also eine differenzierte Betrachtung der erwünschten Merkmalsausprägung notwendig, die verschiedene Variablen und Modellvorstellungen zur optimalen Entwicklung und zum Persönlichkeitsbild berücksichtigt. Insbesondere im Hinblick auf die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegenden Intention, der Ausarbeitung eines therapeutischen Konzepts zur Beeinflussung von Kontrollüberzeugungen und der damit verbundenen Auswahl von Kindern (indikativer Aspekt) sowie der Überprüfung der Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahme (evaluativer Aspekt) müssen die o.g. Differenzierungen unter Berücksichtigung der für die Psychomotorik relevanten Entwicklungs- und Persönlichkeitsmodelle vorgenommen werden. Denn wie KRAMPEN (1992, 7) treffend formuliert, stellen Kontrollüberzeugungen „ . . . *im Bereich der Erziehungs- und Sozialisationsziele lediglich eine – jedoch relevante – Facette der autonomen und kompetenten Persönlichkeit (...) dar, die nur in Bezug auf andere Personmerkmale sowie die Charakteristika der Handlungs- und Lebenssituation in normativen Zusammenhängen sinnvoll Verwendung finden kann.*“

Deutlich wird hier, dass im Zusammenhang mit Interventionen und normativen Aussagen grundsätzlich minimal verschiedene Konstruktdimensionen, Spezifitätsebenen sowie Prozessmerkmale von Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen beachtet werden müssen. ROTTER ging vom eindimensionalen Konzept internal versus external aus, das aufgrund inkonsistenter Befunde in verschiedenen Forschungsbereichen und der häufig mißverständlichen Typologisierung in internale vs. externale Persönlichkeitstypen jedoch einer Revision bedurfte. ROTTER 1975 selber differenzierte auf der Externalitätsebene zwischen passiver und defensiver Externalität, blieb im Grunde aber seinem unidimensionalen Konzept treu. Die Verbindung konzeptioneller und empirischer Arbeiten führte in den letzten Jahren zu weiteren Konstruktendifferenzierungen⁵⁰, eine Entwicklung, die noch nicht abgeschlossen ist. Während eine Vielzahl der Differenzierungen und Ausweitungen nicht unwidersprochen geblieben sind, herrscht Konsens darüber, dass es sich bei Internalität und Externalität um zwei voneinander unabhängige Dimensionen generalisierter Kontrollüberzeugungen handelt, obgleich eine Vielzahl empirischer Erhebungsinstrumente eindi-

⁴⁹ Siehe Konzept von SELIGMAN 1999

⁵⁰ Detaillierter bei KRAMPEN 1992

mensional ausgerichtet ist⁵¹.

Eine weitere wichtige Bedeutung dieses Konstrukts zeigt sich auch in der hohen (zweifachen) externen Konsistenz, d.h. der Kompatibilität mit anderen, alternativen Ansätzen und inhaltlich verwandten Konzepten.

Auf der inhaltlichen Ebene gibt es Beziehungen zu den attributionstheoretischen Ansätzen wie der Kausalattribution (WEINER 1976) und der erlernten Hilflosigkeit (SELIGMAN 1999), zu lern- und motivationspsychologischen Ansätzen wie der Wirksamkeitsmotivation sowie zu handlungstheoretischen Konzepten, deren zentrales Thema selbstbezogene Kognitionen sind (Wicklund 1993). Obgleich diese verschiedenen Ansätze nicht deckungsgleich sind, zeigen sich doch inhaltliche wie begriffliche Vernetzungen. Darüber hinaus lassen sich auch in anderen, alternativen Konzepten Ansätze der Erwartungs-Wert-Theorie finden wie beispielsweise in der Handlungstheorie nach HACKER 1973, in welcher der Aspekt der Antriebsregulation erwartungs-werttheoretisch beschrieben wird oder im Konzept der kritischen Lebensereignisse nach FILIPP 1995, in dem sich die Erwünschtheit und Kontrollierbarkeit eines Ereignisses als für die Vorhersage relevant erwiesen haben.

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen ist für eine Vielzahl der Erwartungs-Wert-Theorien von Bedeutung, in denen es als Moderatorvariable für die Erklärung und Prognose von Verhalten gilt, dadurch dass Kontrollüberzeugungen in neuen und ambivalenten Situationen das Verhalten des Individuums bestimmt und als relativ stabile Variable ein Persönlichkeitskonstrukt darstellt. Die Verbindung zu inhaltlich verwandten Konstrukten zeigt sich in der Klassifizierung eines Persönlichkeitsbereiches, der durch die Generalisierung von Erwartungen zustande kommt⁵².

⁵¹ Siehe dazu die Übersicht bei KRAMPEN 1987

⁵² Eine Übersicht über die Vernetzung verwandter Konstrukte bei KRAMPEN 1992

2.3. Frühe Kontingenzerfahrungen

Die Überzeugung, dass man selber auf die Umwelt einwirken und sein Leben gestalten kann, ist nicht von Geburt an gegeben. Kontrollüberzeugungen bauen sich in den frühen Lebensjahren auf und werden anschließend durch neue Lebenserfahrungen differenziert und modifiziert. Kontrollüberzeugungen stellen kein reales Abbild objektiver Kontingenzen dar, sondern sind kognitive Repräsentationen wahrgenommener Wirkungszusammenhänge. Beim Aufbau von Kontrollüberzeugungen handelt es sich demnach um einen Lernprozess, der von unterschiedlichsten dispositionalen Faktoren und Kontextvariablen beeinflusst wird. Die Wahrnehmung und kognitive Repräsentation von Wirkungszusammenhängen bezieht sich auf zwei verschiedene Zeitebenen.

	Wirkung in der Vergangenheit	Wirkung in der Zukunft
objektiv	Kausalität	Kontrolle
subjektiv	Kausalattribution	Kontrollattribution/ Kontrollüberzeugung

Abb. 5 Kausalattribution und Kontrollüberzeugung nach FLAMMER 1990, 35

Wie auch KRAMPEN (1992, 11) in seiner Heuristik verwandter Konzepte veranschaulicht, sind Kausalattribution und Kontrollüberzeugungen Erklärungen von Handlungsergebnissen, die sich auf der Ebene der Kontrollorientierungen an unterschiedlichen Punkten der Zeitachse befinden. Kausalattribution bezieht sich auf die Erklärung von Wirkungszusammenhängen, die in der Vergangenheit oder Gegenwart liegen, während Kontrollüberzeugungen sich auf zukünftige Handlungsereignisse richten. In beiden Fällen bezieht sich die erklärende oder voraussagende Person auf fähigkeitsbezogene Zusammenhangsannahmen.

Als eine grundlegende Voraussetzung für die kognitive Repräsentation dieser Verhaltens-Verhaltensfolge-Zusammenhänge werden frühe Kontingenzerfahrungen angesehen (PERREZ 1985, DIETHELM 1991).

Unter Kontingenz versteht man in der Psychologie ganz allgemein, "... den Zusammenhang, das Miteinanderauftreten zweier qualitativer Merkmale" (DORSCH 1996, 402) oder

etwas differenzierter „... *das Auftreten von Verhalten als ein direktes Resultat von wahrgenommenen Konsequenzen in Abhängigkeit von diesem Verhalten*“ (DIETHELM 1991, 42). Die zweite Definition impliziert bereits die Annahme einer vorhandenen Kausalität, denn die vom Subjekt wahrgenommenen Konsequenzen beeinflussen die Entscheidung, eine Handlung auszuführen oder nicht. Auch hier wird deutlich, dass zwischen den sog. objektiven und den subjektiven, d.h. der kognitiven Repräsentation wahrgenommener Kontingenzen unterschieden werden muss. Die objektiven Kontingenzen müssen dabei nicht mit den subjektiven übereinstimmen, die insbesondere für die Verhaltensregulation relevant sind (ROTTER 1954). Demnach sind für den Aufbau erster Handlungs-Ergebnis-Erwartungen folgende Faktoren relevant :

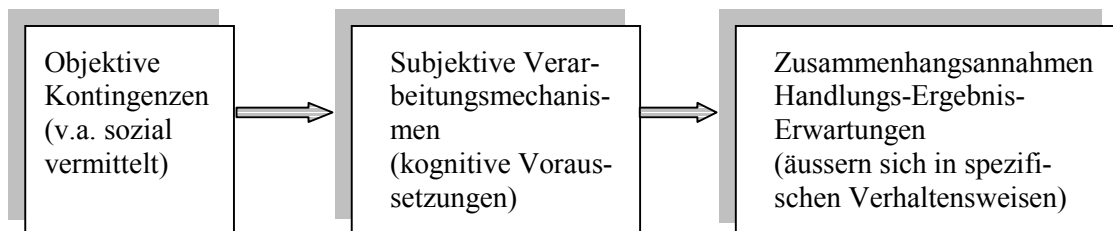


Abb. 6 Aufbau erster Handlungs-Ergebnis-Erwartungen nach DIETHELM 1991, 42

Der bedeutende Einfluss der subjektiven Kontingenzerfahrungen auf die Wahrnehmung folgender Kontingenzen und damit auf die Verhaltensregulation unterstreicht die Notwendigkeit das Augenmerk auf die frühen bzw. ersten objektiven Kontingenzerfahrungen zu richten, welche entsprechend den Modellen von PERREZ 1985 die weiteren Zusammenhangsannahmen im Sinne eines kognitiven Regulativs moderieren.

Über die gesamte Lebensspanne sind die objektiven Kontingenzen von großer Bedeutung, insbesondere aber in der ersten Phase des Lebens bilden sie die primäre, wenn nicht alleinige Grundlage für den Aufbau der ersten Handlungs-Ergebnis-Erwartungen, da die Fremdbeobachtung nur sehr begrenzt funktioniert sowie Attributionsstile und das Sprachverständnis noch nicht oder sehr beschränkt vorhanden sind. Da Säuglinge Reize, die von menschlichen Wesen ausgehen, bevorzugt wahrnehmen, dürften die ersten objektiven Kontingenzerfahrungen hauptsächlich im interaktiven Umgang mit Pflege- bzw. Bezugspersonen erfahren werden. Zudem können Säuglinge aufgrund ihrer begrenzten Gedächtnisspanne nur Kontingenzen wahrnehmen, die innerhalb einer sehr kurzen Zeitspanne von unter sieben Sekunden wiederholt werden (WATSON 1967) und dies entspricht in etwa

der Zeitspanne von Interaktionsspielen zwischen Säuglingen und Pflegepersonen.

Die Bedeutung zuverlässiger Kontingenz-Informationen im Säuglingsalter für die kindliche Entwicklung und die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben haben die Vertreter der Bindungstheorie (BOWLBY 1975, 1976, AINSWORTH 1978, GROSSMANN 1989) in ihren Untersuchungen nachdrücklich verdeutlicht.

Für die Verhaltensregulation sind jedoch nicht nur Kontingenzen relevant, die auf eine Reaktion immer den gleichen Reiz folgen lassen, sondern auch intermittierende Verstärkung (nicht jede Reaktion löst den entsprechenden Reiz aus) und Non-Kontingenz (die Verstärkung tritt hin und wieder unabhängig von der Reaktion auf) sind von besonderer Bedeutung. Die Relevanz der Non-Kontingenz zwischen Reaktion und Konsequenz für das Verhalten und die psychische Befindlichkeit wurde von SELIGMANN 1975 in seinem Konzept der *gelernten Hilflosigkeit* (learned helplessness) ausführlich dargestellt. Er konnte in zahlreichen Untersuchungen aufzeigen, dass die Erfahrung eines Individuums, dass eine Konsequenz unabhängig von seinem eigenen Verhalten auftritt, zu langandauernden motivationalen, emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen führt. Während im frühen Konzept der *learned helplessness* die objektiven Kontingenzen im Mittelpunkt standen, wird im reformulierten Ansatz (ABRAHAMSON et al., 1978) die Bedeutung der subjektiven Kontingenzen, d.h. der kognitiven Repräsentationen wahrgenommener Verhaltens-Verhaltensfolge-Bezüge betont. Sie stellen sozusagen die subjektive Theorie eines Individuums über den Zusammenhang des eigenen Verhaltens mit Umweltereignissen dar und sind Bestandteil der kognitiven Regulationsgrundlage des Verhaltens. Sind die Repräsentationen mit der Wirklichkeit nicht kongruent, erschweren sie die Anpassung an die soziale und materielle Umwelt. Die negativen Auswirkungen inkongruenter Repräsentationen betonen die Notwendigkeit, die subjektiven Verarbeitungsmechanismen genauer zu erfassen. Nicht allein die zeitliche Kontiguität scheint für die Erfassung von Zusammenhangsannahmen verantwortlich zu sein, vielmehr ist im Sinne der Preparedness Theorie von SELIGMANN 1970 jedes Individuum für eine bestimmte Art von Reizen zugänglicher, vorbereiteter als für andere. „*The organism may be more or less prepared by the evolution of its species to associate a given CS an US or a given response with an outcome. If evolution has affected the associability of specific events, then it is possible, even likely, that the very laws of learning might vary with the preparedness of the organism from one class of situations to another*“ (SELIGMANN 1970, 408). Im frühen Kindesalter respektive Säuglingsalter sind dies insbesondere Kontingenzen, die von sozialen Partnern ausgehen und die unter psycho-biologischen Aspekten das Überleben sichern (Saugen, Kopfdre-

hen, Vokalisieren). Neben den phylogenetisch vorgebahnten Kontingenzen, sind aber auch ontogenetisch geprägte Kontingenzen von Bedeutung. Im Laufe seiner Lern- und Lebensgeschichte lernt das Individuum, dass bestimmte erworbene Verhaltensweisen bestimmte vorhersehbare Reaktionen hervorrufen, dies um so mehr je wichtiger der Handlungsbereich für den Einzelnen ist. Auf der Basis dieser erworbenen Verhaltens-Folge-Verbindungen werden dann bestimmte Kontingenzen bevorzugt wahr- und aufgenommen. Dieser gesamte Wahrnehmungs- und Lernprozess basiert auf kognitiven Prozessen, bei denen Gedächtnisleistungen eine entscheidende Rolle spielen, welche die Speicherung und den Abruf erfahrener Kontingenzen erst ermöglichen. Die Gedächtnistätigkeit ist ein vielschichtiger und aktiver Prozess, der durch die Aufmerksamkeit und die Motive des Individuums sowie durch die Aufgaben bestimmt wird.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Aufbau erster Handlungs-Ergebniserwartungen durch die Art und Präsentation objektiver Kontingenzen sowie durch subjektive Verarbeitungsmechanismen geprägt ist. Die kognitiven Repräsentationen von Verhaltens-Verhaltensfolge-Zusammenhängen sind an Gedächtnisprozesse gebunden und unterliegen den individuellen Erfahrungen des Individuums. Sie bilden die Grundlage für die weitere Aufnahme von Kontingenzen bzw. moderieren sie. Die wichtige Bedeutung dieser frühen Kontingenzerfahrungen für die kindliche Entwicklung ist von sehr unterschiedlichen psychologischen Richtungen aufgegriffen und auf dem jeweiligen theoretischen Hintergrund definiert und erklärt worden⁵³. Trotz unterschiedlicher theoretischer Sichtweisen und Grundlagen herrscht Einigkeit darüber, dass kontingente elterliche Reaktionen die Basis für den Aufbau erster Handlungs-Ergebnis-Erwartungen bilden. Kernpunkt des elterlichen Verhaltens bildet die mütterliche/väterliche *Sensitivität* oder *Responsivität*. Sie bezeichnet die Fähigkeit, den kindlichen Signalen gegenüber aufmerksam zu sein, sie wahrzunehmen und zu interpretieren sowie kontingent und angemessen darauf zu reagieren. Die Erfahrungen des Säuglings, dass seine Signale von der sozialen Umwelt mit vorhersehbaren Reaktionen beantwortet werden, führt dazu, dass das Kind einerseits persönliche Effektivität erlebt und andererseits Vertrauen in die soziale Person aufbaut, das als Grundlage einer sicheren Bindung angesehen wird (PAPOUCEK 1989b, GROSSMANN et al. 1989, BRISCH 1999). Wie Untersuchungen (RIKSEN-WALRAVEN 1978) belegen, bewirkt die Erfahrung der eigenen Wirksamkeit eine erhöhte Motivation zu agie-

⁵³ Einen ausführlichen Überblick über die Auswirkungen früher Kontingenzerfahrungen aus unterschiedlichen theoretischen Ansätzen gibt DIETHELM 1991, der insbesondere solche Standpunkte berücksichtigt, die auf empirischen Befunden basieren.

ren, sich explorativ-erkundend die Umwelt zu erschließen und eine damit einhergehende emotionale Zufriedenheit.

Die häufige Erfahrung kontingenter Reaktionen führt zu der Bereitschaft, explorativ handelnd auf die Umwelt einzuwirken, da das Individuum gelernt hat, dass durch sein Verhalten begehrte Konsequenzen bewirkt werden d.h. dass es Kontrolle ausüben kann. Dieses Kompetenzgefühl, das im Sinne eines kognitiven Konstruktes (Erwartung/ Überzeugung) verstanden wird als „...*früh erworbene persönlichkeitspezifische Disposition* ...“ (DIE-THELM, 1991, 64), besitzt eine gewisse Stabilität über Zeit und Situationen hinweg, kann jedoch durch spätere Erfahrungen beeinflusst und verändert werden.

Die Beschaffenheit der objektiven Kontingenzen sowie deren kognitive Repräsentation bilden die Grundlage für die Erklärungsmuster der Kausal- und der Kontrollattribution. Auch im Hinblick auf die Gestaltung therapeutischer Maßnahmen ist es wichtig zu wissen, welche kontrollrelevanten Erfahrungen in welchen Lebensbereichen besonders prägend sind.

2.4. Kontrollrelevante Informationen

Für die Ontogenese der Kontrollüberzeugungen werden von verschiedenen Autoren (BANDURA 1977b, FLAMMER 1990, PERREZ 1989) unterschiedliche Arten von Kontingenz-Informationen angenommen. Die vorgenommene Kategorisierung kontrollrelevanter Informationen dieser Autoren weist grundlegende Übereinstimmung auf und differenziert nur in einem Unterpunkt.

PERREZ 1989b	FLAMMER 1990	BANDURA 1977b
Unmittelbare (objektiv beobachtbare) R-S-Kontingenzen	Direkte persönliche Erfahrungen	Direkte persönliche Erfahrungen
Beobachtete Kontingenzen (im Sinne stellvertretender Erfahrungen)	Stellvertretende Erfahrungen	Stellvertretende Erfahrungen
Durch andere Personen interpretierte Kontingenzen	Verbal vermittelte Überzeugungen	Verbal vermittelte Überzeugungen
	Physiologische und emotionale Informationen	Physiologische und emotionale Informationen
Symbolisch vermittelte Kontingenzen, etwa über Medien, Religionen oder Märchen (im Sinne stellvertretender Erfahrungen)	Sozial repräsentiertes Kontingenz- und Kontrollwissen	

Tab. 4 Klassifikation kontrollrelevanter Erfahrungen nach BANDURA, FLAMMER und PERREZ

BANDURA und PERREZ stellen eine vierstufige Kategorie vor, welche die Bereiche *direkte persönliche Erfahrung* (unmittelbare objektiv beobachtbare R-S Kontingenzen), *stellvertretende Erfahrung* (beobachtete Kontingenzen) und *verbal vermittelte Überzeugungen* (durch andere Personen interpretierte Kontingenzen) umfassen. BANDURA benennt als vierte Kategorie physiologische und emotionale Informationen, während PERREZ als vierte Klasse symbolisch vermittelte Kontingenzen vorschlägt.

FLAMMER, an dessen Taxonomie ich mich im folgenden orientiere, übernimmt die vier-

ten Kategorien BANDURAS und PERREZ, bezeichnet die symbolisch vermittelte Kontingenzen jedoch als sozial repräsentiertes Kontingenz- und Kontrollwissen. Er differenziert die folgenden fünf Bereiche kontrollrelevanter Informationen, die als entwicklungsrelevante Bedingungen angesehen werden und denen je nach Lebensphase und Entwicklungsalter unterschiedliche Bedeutung zukommt.

1. Direkte persönliche Erfahrungen
2. Stellvertretende Erfahrungen
3. Verbal vermittelte Überzeugungen
4. Physiologische und emotionale Informationen
5. Sozial repräsentiertes Kontingenz- und Kontrollwissen

2.4.1. Direkte persönliche Erfahrungen

Die konkreten Erfolgs- und Mißerfolgserfahrungen aus dem eigenen praktischen Handeln bilden die stärkste Basis der Kontrollmeinung. Ganz global kann man davon ausgehen, dass Erfolge die Kontrollmeinung stärken, während Mißerfolge sie senken. Differenzierter betrachtet haben die positiven wie negativen Erfahrungen jedoch nur unter bestimmten Bedingungen Einfluss auf die Kontrollmeinung.

Ein ganz wesentlicher Faktor ist die *bewusste Wahrnehmung* der erzielten Wirkungen und die Ursachenzuschreibung auf die eigene Person oder wie FLAMMER (1990, 15) treffend formuliert: "*Was hilft es, Wirkungen zu haben, wenn man glaubt, man habe keine?*" Dabei ist es notwendig, dass Erfolge wiederholt erreicht werden, denn nur einmalig oder unerwartet erlangte Erfolge steigern zwar kurzfristig die Kontrollmeinung, nachfolgende Mißerfolge relativieren die Einschätzung sofort wieder bzw. destruieren die positive Erwartungshaltung. Darüber hinaus beeinflussen positive Kontrollhandlungen (zur Erreichung eines Ziels wird etwas Bestimmtes getan) die Kontrollmeinung mehr, als wenn etwas Bestimmtes zur Erreichung eines Ziels nicht getan wird. Für den Aufbau der Kontrollmeinung sind vorwiegend Wirksamkeitserfahrungen in den Lebens- und Handlungsbereichen von Bedeutung, die für das Individuum von *subjektiver Bedeutung* oder Wichtigkeit sind. Positive Erfahrungen aus subjektiv weniger wichtigen Bereichen werden vermutlich geringeren Einfluss auf die Erwartungshaltung haben. Im Kindes- und Jugendalter sind die „bedeutenden“ Lebensbereiche durch die jeweiligen Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung geprägt.

STIENSMEIER 1986 konnte in diesem Zusammenhang aufzeigen, dass die Lageorientie-

rung bei auch nur einem einzigen Mißerfolg deutlich größer war, wenn die nicht gelöste Aufgabe subjektiv wichtig war, als wenn sie unwichtig war.

Neben der Wichtigkeit der Handlungsbereiche ist die *diagnostische Aussagekraft* der zu bewältigenden Aufgabe von Bedeutung. Untersuchungen (TROPE 1982) mit älteren Schülern zeigten, dass sie um eine erfolgreiche Bewältigung der Anforderung bemüht waren, wenn sie glaubten, dass die erbrachte Leistung eine verlässliche Auskunft über ihre eigenen Kompetenzen gebe. Dies trifft insbesondere für erfolgsorientierte Menschen zu, im Gegensatz dazu neigen Mißerfolgsorientierte eher dazu, sehr leichte (mit sicherem Erfolg) oder sehr schwere Aufgaben (mit sicherem, aber nicht persönlichem Mißerfolg) auszuwählen, die wenig diagnostische Relevanz haben und somit eine realistische Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen erschweren. Ein Phänomen, das im psychomotorischen Bereich mit Kindern sehr häufig zu beobachten ist.

Die Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen ist nur möglich, wenn unterschiedliche Erfahrungen, d.h. sowohl Erfolge als auch Mißerfolge erlebt werden. Untersuchungen (CHAPIN/DYCK 1976) an leseschwachen Kindern zeigten, dass die Kinder ausdauernder und anstrengungsbereiter waren, wenn die vorgegebenen Aufgaben vermischt einmal zu Erfolg und einmal zu Mißerfolg führten, insbesondere dann, wenn den Kindern nach Mißerfolg suggeriert wurde, dass es sich um besonders schwierige Aufgaben gehandelt hatte. Vermutlich wird der *Wechsel von Erfolg und Mißerfolg* als Kennzeichen der diagnostischen Aussagekraft der jeweiligen Aufgabe gewertet.

Die subjektive Bedeutung des Handlungsziels, das Interesse an der eigenen Wirksamkeit und diagnostische Aussagekraft der Aufgabe sind die wesentlichsten Bedingungen dafür, dass eine Erfahrung gesucht, d.h. eine Aufgabe eine *Herausforderung* darstellt und kontrollbezogen verwertet wird. Diese Herausforderungen lösen eine beträchtliche *Ausdauer* aus, die wahrscheinlich im Dienst der Informationsbeschaffung über die eigene Kompetenz steht. LÜTKENHAUS 1987⁵⁴ konnte anhand von Beobachtungen dreijähriger Kinder in verschiedenen Leistungsspielsituationen aufzeigen, dass die Ausdauer mit spontan kompetenzbezogene Äußerungen (*Das kann ich, das kann ich noch nicht, das kann ich jetzt schon, das kann ich alleine*) korreliert. Kinder, die öfter kompetenzbezogene Äußerungen machten, zeigten mehr Ausdauer als diejenigen, die keine oder wenige solcher Aussagen machten. Sowohl positive (*das kann ich*) wie auch negative Bemerkungen (*das kann ich noch nicht*) waren signifikante (positive) Prädiktoren, wobei die positiven Aussagen besse-

⁵⁴ Zitiert nach FLAMMER 1990, 203

re Prädiktoren der Ausdauer waren als negative. Unter dem Aspekt der Entwicklung von Kontrollüberzeugungen bedeutet eine große Ausdauer die Möglichkeit, die eigene Kompetenz durch Übungen und Wiederholungen zu steigern und damit die eigene Wirksamkeit einschätzen zu können.

2.4.2. Stellvertretende Erfahrungen

Die stellvertretenden Erfahrungen umfassen die Kontingenzen, die eine Person bei einer anderen Person beobachtet. Dieses Phänomen des Lernens durch Modelle, Vorbilder bzw. durch Nachahmung ist in den verschiedenen Lern- und Entwicklungstheorien ausführlich behandelt worden. FLAMMER (1990, 205) konstatiert drei Möglichkeiten kontrollrelevante Informationen durch stellvertretende Erfahrungen aufzunehmen, den *Analogieschluss*, den *Erwerb von Kontingenzwissen* sowie die *mitgeteilten Erfahrungen*.

Der *Analogieschluss* besagt, dass ein Individuum aus dem beobachteten Verhalten einer anderen Person die Folgerung zieht, dass es die gleiche Aufgabe ebenfalls bewältigen kann. Meistens hat die Schlussfolgerung zunächst hypothetischen Charakter und wird dazu anregen, es selber auszuprobieren. Insbesondere im Kindesalter spielt die Modellfunktion anderer Kinder eine wichtige Rolle, die in jedem pädagogischen wie auch therapeutischen Rahmen gezielt eingesetzt, für Lernprozesse sinnvoll ist. Kinder, die sich in ihren Modellen eher an Erwachsenen orientieren, machen mitunter auch negativen Erfahrungen, dadurch dass sie einzelne Lernschritte noch nicht nachzuvollziehen können, es aber dennoch versuchen möchten.

Im Erwachsenenalter ist die Bewertung etwas differenzierter und der Analogieschluss wird nur dann wirksam, wenn sich der Beobachter mit der beobachteten Person identifizieren kann, d.h. sie als ähnlich wahrnimmt. Da ältere Kinder und Erwachsene vermehrt zwischen Kontingenz und Kompetenz unterscheiden können, bezieht sich ihr Analogieschluss verstärkt auf Kontingenzinformationen und weniger auf Kompetenzinformationen.

Die Beobachtung des Verhaltens anderer Personen erschließt umfassende *Kontingenzinformationen*, in dem Sinn, dass Kenntnis darüber erlangt wird, mit welchen Mitteln ein Ergebnis erzielt werden kann. Eine Übertragung auf die eigene Handlungsfähigkeit und der Einfluss auf die Bildung der Kontrollmeinung ist jedoch nur dann gegeben, wenn die beobachtende Person davon überzeugt ist, dass sie über Teilkomponenten der notwendigen Kompetenzen verfügt, um ein ähnliches Ergebnis bewirken zu können.

Neben der Erkenntnis, über spezifische handlungsrelevante Kompetenzen zu verfügen, gibt die Beobachtung anderer mitunter auch darüber Auskunft, welche Fähigkeiten noch nicht genügend ausgebildet sind oder erst erworben werden müssen.

Die *sprachliche Vermittlung* von Verhaltenserfahrungen spielt im Alltag und im pädagogischen Prozess eine wichtige Rolle. Ihre Wirksamkeit wird meist geringer eingeschätzt als die des Lernens am Modell, sie wird jedoch sehr häufig in Kombination bzw. als unterstützende Maßnahme bei der Vermittlung durch Vormachen und Beobachten eingesetzt.

Besondere Beachtung wird dabei den Informationen zugedacht, die sich auf die nicht-beobachtbaren Seiten einer Handlung beziehen, die emotional-affektiven Bedingungen.

„*Der lebhafteste Bericht über eine bestimmte Furcht und ihre allmähliche Überwindung mit einer mutigen Tat kann andere Menschen ermutigen*“ (FLAMMER 1990, 208). Auch dies hat nur dann Gültigkeit, wenn sich die betreffende Person mit der mitteilenden Person identifizieren kann und die Darstellung der überwundenen Schwierigkeiten und die dazugehörigen Kompetenzen als realistisch und auf die eigene Person übertragbar erlebt werden.

Die wachsende Bedeutung von mitgeteilten Erfahrungen zeigt sich auch an der ständig zunehmenden Fülle von Publikationen von Erzählungen und Geschichten für das Kindesalter⁵⁵, die dazu dienen sollen, emotionale Probleme mit Kindern anzusprechen und Lösungsmöglichkeiten durch die Identifikation mit den Protagonisten anzubieten. Die Wichtigkeit und der Wert von Erzählungen und Geschichten für die Entwicklung des Selbst und die Auseinandersetzung mit Konflikten wie sie auch die Gestalttherapie (OAKLANDER, 1987) beschreibt, hat sich seit langem auch in der psychomotorischen Praxis etabliert, wobei anfangs die Gestaltung von Bewegungsanlässen im Vordergrund stand, zunehmend aber die psychisch-emotionale Entwicklung stabilisierende Aspekte betont werden.

2.4.3. Verbal vermittelte Überzeugungen

Die Kompetenzen einer Person werden oftmals von Außenstehenden differenzierter wahrgenommen als von der betreffenden Person selbst und können dieser dann verbal mitgeteilt werden. Dabei unterscheidet man zwischen direkten Mitteilungsformen und indirekten. In direkter Form werden meistens Formulierungen gewählt wie „*Ich weiß, dass Du das kannst*“ oder „*Ich bewundere schon lange deine Fähigkeit, neue Aufgaben so schnell bewältigen zu können*“. Solche Aussagen sind insbesondere dann wirksam, wenn die mittei-

⁵⁵ BADEGRUBER 1996, DÖRNER 1997, DÖRNER 1995, HÜBNER 2000, KREUL 1998

lende Person in einer wie FLAMMER es formuliert „*privilegierten Beziehung zur Zielperson*“ (1990, 208) steht, d.h. über entsprechende Qualifikationen und Kompetenzen für den jeweiligen Bereich verfügt (Lehrer, Trainer, etc.).

Für die indirekte Mitteilungsform bieten sich unter anderem folgende Strukturen an: die *vorgegebene Kausalattribution*, die *gezielte Aufgabenauswahl*, *Lob und Tadel* sowie *Hilfestellungen*.

Der Einfluss gezielter Rückmeldungen im Sinne *vorgegebener Kausalattribution* auf die Attributionsgewohnheiten des Einzelnen hat insbesondere im pädagogisch/schulischen Bereich Berücksichtigung gefunden und wird dort zur Steigerung der Leistungsbereitschaft und Reduktion von Schulunlust eingesetzt.

So konnten diverse Untersuchungen⁵⁶ mit Schülern belegen, dass durch die vorgegebene Kausalattribution die Zuweisung von Erfolgen auf die eigene Begabung signifikant anstieg, während die Häufigkeit, Erfolge auf die Aufgabenleichtigkeit bzw. Mißerfolge auf mangelnde Begabung zurückzuführen, signifikant zurückgingen.

Im pädagogischen wie im therapeutischen Bereich ist man bemüht, Kindern entwicklungs- und *leistungsadäquate Aufgaben* zu stellen, wobei den vermeintlich Schwächeren bevorzugt leichtere Aufgaben angeboten werden, um ihnen positive Erfolgserlebnisse zu vermitteln. Diese an sich gut gemeinte Differenzierung kann jedoch auch negative Konsequenzen für das eigene Selbstbild der Betroffenen haben, dadurch dass sie sich durchaus der konsequenten Zuweisung leichterer Aufgaben bewusst sind und dies als Abwertung ihrer eigenen Begabung und Fähigkeiten werten. Diese selbstbezogene Interpretation der eigenen Fähigkeiten in Bezug auf die offensichtliche Schwierigkeit vorgegebener Aufgaben und deren Auswirkung auf die Leistungsbeurteilung und die Selbstwahrnehmung konnten KRÜGER et al. 1983 in einer Untersuchung an männlichen Studierenden belegen. Die Annahmen des durchgängig positiven Effekts von Lob und der negativen Auswirkungen von Tadel sind mittlerweile vielfach relativiert worden. Es ist hinlänglich bekannt, dass der Einsatz und die Wirkung von *Lob und Tadel* wesentlich differenzierter betrachtet werden muss. Andauerndes Lob impliziert, dass ich von dem Gelobten nicht so viel erwartet habe, während Tadel bedeuten kann, dass ich vom Getadelten mehr erwartet habe. FLAMMER (1990,213) schlägt demzufolge eine „*differenzierte Psychologie des Lobens*“ vor, in der nicht nur „*die pauschale Empfehlung, gute Leistungen zu loben eingeschränkt*“ wird, sondern zugleich zwischen „*dem Lob einer Person, ihrer Kompetenzen und ihren Anstrengungen und der freudvollen Anteilnahme am erreichten Ziel oder am Gegenstand,*

⁵⁶ HECKHAUSEN 1980, SUPERSAXO/PERREZ/KRAMIS 1986

dem die Anstrengung gegolten hat“, differenziert wird.

In ähnlicher Weise müssen auch *unterstützende Hilfen* bei der Bewältigung von Aufgaben betrachtet werden. Eine gezielte Anleitung oder adäquate Hinweise zur Problemlösung sind in jedem pädagogischen und therapeutischen Bereich sicherlich notwendig und erforderlich, der Übergang zwischen angemessener Unterstützung und der indirekten Botschaft, dem anderen etwas (noch) nicht zuzutrauen, ist jedoch fließend und bedarf der ständigen Reflexion.

2.4.4. Physiologische und emotionale Informationen

Die Bedeutung von Emotionen wie Angst und Aufregung für die Bewertung einer Situation und die daraus resultierende Handlungsbereitschaft ist in unterschiedlichen Disziplinen betrachtet und diskutiert worden. LAZARUS 1984 beispielsweise vertritt die Auffassung, dass Angst und Aufregung als Reaktion auf die kognitive Bewertung einer Situation als unangenehm oder gefährlich zu verstehen ist, während ZAJONC 1984 betont, dass Angst bereits vor der kognitiven Beurteilung auftritt. Unumstritten ist, dass die Interpretation emotionaler Erfahrungen durch die eigene Biographie und diese wiederum durch das familiäre und soziale Umfeld geprägt ist (z.B. Angst der Mutter als beeinflussender Faktor im Erleben der Kinder). In den 80er Jahren sind vielfältige Studien durchgeführt worden, um den Einfluss von Stimmungen auf die Kontrollmeinung und die Selbsteinschätzung bestimmen zu können. Trotz der unterschiedlichen Ansätze und Versuchsbedingungen besteht Konsens darüber, dass Stimmungen als Information für die Beurteilung der eigenen Wirksamkeit und Kontrollmöglichkeiten herangezogen werden, wobei sich insbesondere negative Stimmungen nachteilig auf die Einschätzung auswirken. SCHWARZ 1987 differenziert diese Aussage dahingehend, dass das Wissen um die Ursache der schlechten Stimmung einen geringeren negativen Einfluss auf die Selbsteinschätzung hat, als wenn man sich global schlecht fühlt und dies nicht näher spezifizieren kann.

BANDURA, der diese vierte Kategorie kontrollrelevanter Informationen eingeführt hatte, relativierte deren Bedeutung für die Kontrollmeinung in einer späteren Arbeit (BANDURA 1983) und betonte die Relevanz tatsächlicher Wirkerfahrungen.

2.4.5. Sozial repräsentiertes Kontingenz- und Kontrollwissen

Sozial repräsentiertes Kontingenz- und Kontrollwissen bezeichnet allgemeingültige Regeln und Vorgaben, welche die Menschen einer Kultur miteinander teilen. Dieses Wissen wird

in der Regel durch Sprichwörter, Idiome und Fabeln vermittelt.⁵⁷

FLAMMER/KAISER 1990 haben in Untersuchungen mit Jugendlichen umgangssprachliche Regeln hinsichtlich ihrer Essenz an sozial repräsentiertem Kontingenzwissen erfaßt und belegt, dass ca. 10% der zuvor geäußerten Meinung auf allgemein gültigen Regeln beruht, die nahezu unreflektiert auf die eigene Person bezogen werden. Negative Konsequenzen sozial repräsentierten Kontingenzwissens ergeben sich für die betreffenden Personen, wenn diese Informationen das Nichterreichen oder die Unveränderbarkeit bestimmter Bedingungen konstituieren. Dann erleben sich die Menschen, die dieses Wissen teilen als hilflos bzw. hoffnungslos in vielen Lebensbereichen.

Die einzelnen Quellen kontrollrelevanter Informationen sind je nach Lebensalter von unterschiedlicher Bedeutung, die sich aus dem Entwicklungsstand und den daraus resultierenden Entwicklungsaufgaben ergibt. Insbesondere im Kindesalter liegt die Betonung auf den eigenen Wirkerfahrungen, die durch spätere Erwartungsmuster überformt werden und zur interindividuell unterschiedlichen Ausprägung der Kontrollüberzeugungen führen. Die Art und der Umfang der eigenen Wirkerfahrungen, die durch die einzelnen Entwicklungsschritte bestimmt sind als auch die Veränderung der kognitiven Schemata prägen den ontogenetischen Aufbau der Kontrollmeinung, der nach FLAMMER 1995a, b in fünf Entwicklungsstufen und drei Modifikationsstufen verläuft.

⁵⁷ Ein Beispiel für sozial repräsentiertes Kontrollwissen: 'Wo ein Wille, da ist auch ein Weg'

3. Entwicklung von Kontrollüberzeugungen

Die Entwicklung von Kontrollüberzeugungen kann unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden. Die Grundlage resp. den Rahmen bildet der strukturelle Aspekt, der die Abfolge der einzelnen Entwicklungsschritte aufzeigt. Eine weitere Entwicklungsdimension ist der quantitative Aspekt, der die Lebensbereiche beschreibt, in denen Kontrolle erworben werden kann sowie die individuellen Unterschiede in der Stabilität der Kontrollüberzeugungen. Kontrollüberzeugungen sind bereichsspezifisch, im Laufe des Lebens weiten sich diese Bereiche zunächst aus bis es im späten Erwachsenenalter zu einer Auswahl relevanter und wichtiger Themen bzw. Möglichkeiten kommt. Eine andere Perspektive beleuchtet den inhaltlicher Aspekt, der die notwendigen Verarbeitungsmechanismen und –bedingungen kennzeichnet, die u.a. auch zu Generalisierungen bereichsspezifischer Kontrollüberzeugungen führen.

FLAMMER (1990, 1995a,b, 1996) hat sich in verschiedenen Veröffentlichungen mit dem Aufbau der Kontrollüberzeugungen auseinandergesetzt und inhaltlich identische, aber terminologisch nicht immer übereinstimmende Phasen oder Stufen der Entwicklung aufgezeigt. Die von mir erarbeitete Darstellung greift die inhaltlichen Elemente auf und ordnet sie in die m.E. logische Struktur, die ein Zusammenschluss der von FLAMMER benannten Stufen darstellt.

FLAMMER verwendet den Terminus *Stufe* als einen in der Entwicklungspsychologie tradierten Begriff, dem die Annahmen zugrundeliegen, dass die einzelnen Entwicklungsstufen sich qualitativ voneinander unterscheiden und in einer bestimmten Reihenfolge durchlaufen werden.

FLAMMER bezeichnet seine Analyse der Entwicklung der Kontrollüberzeugungen als Dekomposition, da er anhand eines kritischen Literaturüberblicks und empirischer Befunde das „Endprodukt“ Kontrollüberzeugungen in einzelne Schritte zerlegt und Hypothesen über deren Rekonstruktion formuliert, wobei der Reihe nach einzelne konzeptuelle Bestandteile ausgelassen werden, ohne dass die verbliebenen Komponenten an Sinn verlieren. Die folgende Aufstellung (Tab. 5) veranschaulicht diese strukturelle Dekomposition.

(5) Kontroll- überzeugung als Teil des kategorialen Selbstkonzeptes	Selbstbewusst	wissend, dass	ich fähig bin	in dieser Art und Weise zu han- deln	so dass bestimmte Wirkungen erzielt werden
(4) Selbstbewusst- sein als Beginn des kategorialen Selbstkonzeptes	Selbstbewusst	wissend, dass	Ich	in dieser Art und Weise handle (handelte)	so dass bestimmte Wirkungen erzielt werden
(3) Unterscheidung zwischen inter- nalen und exter- nalen Ursachen		(bewusst) wissend, dass	Ich	in dieser Art und Weise handle (handelte)	so dass bestimmte Wirkungen erzielt werden
(2) Kausalschemata		wissend (wahrneh- mend), dass		bestimmte Handlungen	bestimmte Wirkun- gen erziel(t)en
(1) Ereignisschema		wissend (wahrneh- mend), dass			bestimmte Wirkun- gen passieren
keine kognitive Komponente					
Kognition					
Kompetenz					
Kontingenz					

Tab. 5 Konzeptuelle Dekomposition: Von den ausgereiften Kontrollüberzeugungen zu der reinen Produktion von Effekten übersetzt nach FLAMMER 1995b, 72

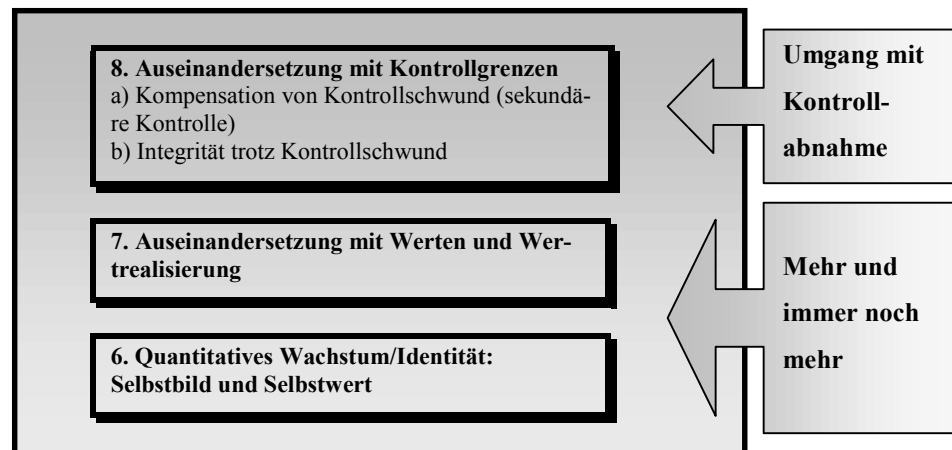
Zur besseren und vereinfachten Übersicht werden im Folgenden die einzelnen Entwicklungsschritte jedoch von der elementaren zur komplexen Stufe dargestellt.

Die Entwicklung der Kontrollüberzeugungen vollzieht sich in einer Vorstufe und fünf Stufen, die man auch als Aufbaustufen bezeichnet, daran schließen sich noch drei Modifikationsstufen an, die den Umgang mit der Kontrolle und der Kontrollabnahme beschreiben. Die Darstellung der Entwicklung der Kontrollüberzeugungen über die gesamte Lebenspanne berücksichtigt gleichzeitig mehrere Entwicklungslinien wie die Entwicklung früher

Kontingenzerfahrungen resp. das frühe Bindungsverhalten oder die Entwicklung der Kausalität als unabdingbare Voraussetzung für die Wahrnehmung eigener Wirksamkeit resp. Kontrolle.

Die Abbildung 7 stellt die einzelnen Entwicklungsstufen in der Übersicht dar:

Modifikationsstufen



Aufbaustufen

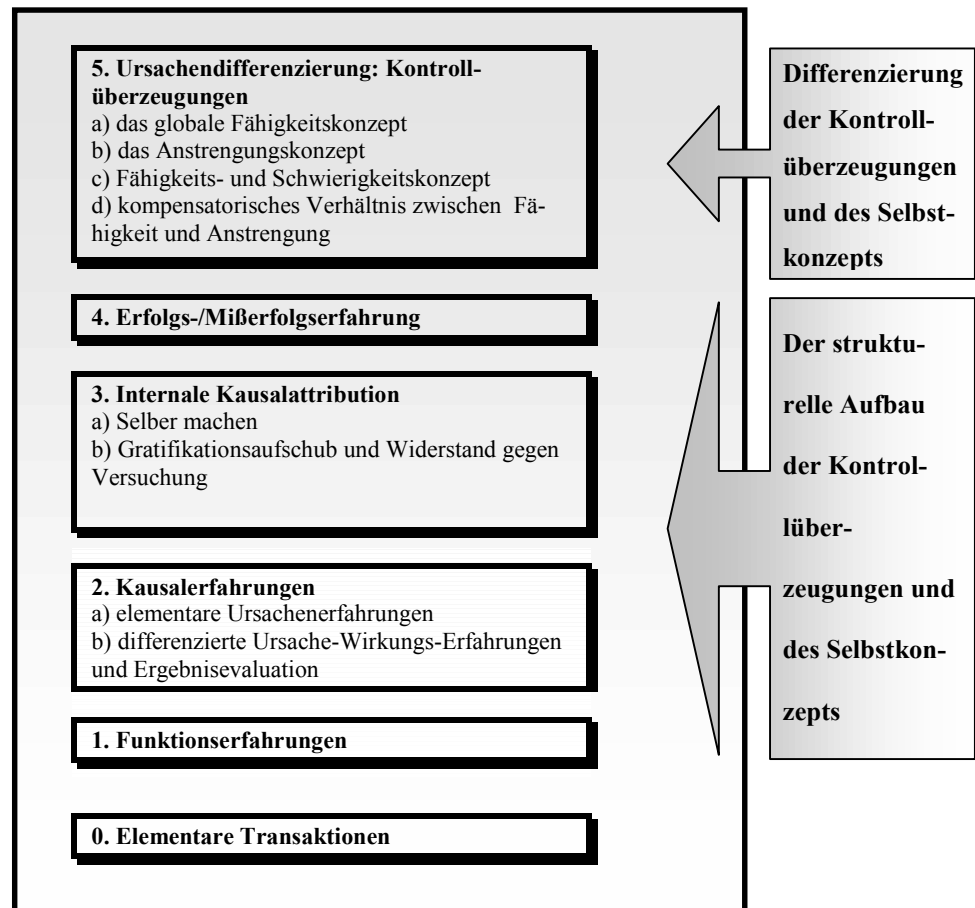


Abb: 7 Entwicklung der Kontrollüberzeugungen in Anlehnung an FLAMMER 1990, 1995a, b, 1996

Die elementaren Transaktionen sind vor-kognitive Voraussetzungen für die Entwicklung der Kontrollüberzeugungen, sie bilden sozusagen deren Basis. Eine wichtige Bedingung ist die Tatsache, dass Wirkungen überhaupt passieren sowohl bei lebenden wie bei nicht-lebendigen dynamischen Systemen. So bringt beispielsweise die reine Physik unseres Solarsystems Effekte hervor, Wasser verdunstet und wird zu Regen, Flüsse waschen Berge aus etc.. Eine weitere Voraussetzung sind Effekte, die von allen Lebewesen auf einer physikalischen oder biochemischen Ebene produziert werden, wie z.B. die Atmung Sauerstoff in Kohlendioxid umwandelt. Als dritte Vorbedingung werden diejenigen physikalischen oder chemischen Effekte bezeichnet, die von angeborenen Verhaltensweisen im Sinne von Reflexen oder Instinkten ausgehen und welche die Grundlage für die weitere Entwicklung bilden, da sie modifiziert oder ergänzt werden können. Obgleich diese Effekte durch Rückmeldungen zu Veränderungen des weiteren Verhaltens führen können, werden sie noch als nicht-kognitive Schemata bezeichnet, da ihnen die bewusste Wahrnehmung von Unterschieden fehlt.

3.1. Funktionserfahrungen

Die erste Stufe in der Entwicklung der Kontrollüberzeugungen stellen die Funktionserfahrungen dar, die in engem Zusammenhang mit den eigenen Aktivitäten des Säuglings stehen. Bereits ab dem dritten Lebenstag passen Babys ihre vorhandenen Verhaltensmuster an die Umgebungsbedingungen an wie etwa die Stellung des Mundes beim Saugen an der mütterlichen Brust. WATSON (1967, 1972) konnte in Untersuchungen nachweisen, dass bereits Säuglinge im Alter von zwei Monaten an Wirkungen ihrer eigenen Handlungen interessiert sind und wahrgenommene Effekte zu einer Steigerung der kindlichen Aktivität führen (Mobiles, die durch Bewegungen des Kopfes aktiviert werden). In diesem Alter wird die Erfahrung von Handlungs-Ergebnis-Kontingenzen jedoch von zwei Variablen bestimmt; einerseits darf der zeitliche Abstand zwischen Handlung und Wirkung maximal 7 Sekunden betragen, andererseits gilt die Wirkerfahrung nur für diejenigen Verhaltensweisen, die den entwicklungsadäquaten Handlungsmustern wie Saugen, Strampeln, Kopfdrehen, etc. entsprechen. Die ersten Erkenntnisstrukturen sind demnach an die eigene Wahrnehmung und die eigenen Handlungserfahrungen gebunden, die das Kind durch seine Interaktion mit der dinglichen und sozialen Umwelt erwirbt. Im Vordergrund dieser Entwicklungsstufe stehen die von PIAGET 1975 benannten *primären Kreisreaktionen*, die das lustvolle Wiederholen zunächst mehr zufällig ausgeführter Handlungen bezeichnen, die

Ausführung von Aktivitäten um ihrer selbst willen. Nach PIAGET (1998) ist die kindliche Interaktion dabei von zwei Eigenarten geprägt, dem „*Dynamismus*“ und dem „*Phänomenismus*“.

Dynamismus bezeichnet das Gefühl des Wirkens, d.h. Wirkungen werden als Verlängerung der eigenen Aktivität erfahren, ohne dass das eigene Ich als Urheber erkannt wird, denn in dieser Entwicklungsphase findet noch keine Trennung zwischen Subjekt und Objekt, zwischen Ursache und Wirkung statt (sogenannter *Aduanismus* nach BALDWIN 1894).

Phänomenismus bedeutet, dass die Wahrnehmung von Effekten unmittelbar von den externen Gegebenheiten abhängig ist, da noch keine Verknüpfung mit zuvor gespeicherten Erfahrungen möglich ist.

3.2. Kausalerfahrungen

3.2.1. Elementare Ursachenerfahrungen

Die zweite Stufe beim Aufbau der Kontrollüberzeugungen ist durch die zunehmende Handlungsfähigkeit des Kindes und Koordination verschiedener Schemata geprägt. Die Kinder sind demnach in der Lage, erste Beziehungen zwischen ihren eigenen Handlungen und Veränderungen in der Umwelt zu entdecken. Die Wahrnehmung auslösender Bedingungen und die daraus resultierende Wiederholung von Aktivitäten bezeichnete PIAGET als *sekundäre Kreisreaktionen*, denen ein erstes Kausalverständnis zugrundeliegt.

Nach PIAGETs Verständnis basieren diese ersten Kausalerfahrungen auf den grundlegenden eigenen Handlungen, die Effekte erzeugen und einem allgemeinen kausalen Schema vorausgehen. Untersuchungen von LESLIE 1982, 1984 und MANDLER 1992 favorisieren hingegen die Version, dass es schon vor den eigenen Wirkerfahrungen ein Kausalwahrnehmungsschema gibt, nach dem ursächliche von nicht-ursächlichen Beziehungen unterschieden werden können, und welches dem persönlichen Handlungsschema angepaßt wird. Untersuchungen von COHEN/OAKES 1993 zum kausalen Verständnis von Kindern im Alter zwischen 6 und 10 Monaten belegen, dass kausale Schemata kognitive Elemente sind, die stufenweise aufgebaut werden.

Die in dieser Phase beginnende Unterscheidung des Kindes von seiner Umwelt und das vermehrte Interesse an kausalen Beziehungen sollte im elterlichen Erziehungsverhalten durch ein entsprechendes Angebot an Materialien, die Ausprobieren und Verändern ermöglichen, unterstützt werden. Das Kind zeigt in dieser Phase auch ein stärkere Aufmerk-

samkeit für Wirkungen, die von anderen Menschen insbesondere der Mutter ausgehen. Die Bedeutung erster Wirkerfahrungen im kindlichen Spiel mit Materialien und die Relevanz responsiven Elternverhaltens für die Intelligenzentwicklung und Explorationsfähigkeit der Kinder haben RIKSEN-WALRAVEN 1978, 1991 und FINKELSTEIN/RAMEY 1977 in Untersuchungen eindrucksvoll belegt.

3.2.2. Differenzierte Ursache-Wirkungs-Erfahrungen und Ergebnisevaluation

Eine Differenzierung der elementaren Ursachenerfahrungen findet in den tertiären Kreisreaktionen statt, die PIAGET in den Objektspielen der Kinder fand. Die tertiären Kreisreaktionen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Kinder ihre Handlungen beliebig variieren mit dem Ziel, neue Wirkungen oder Effekte zu produzieren. FLAMMER 1995b bezeichnet dies auch als Spiel mit kausalen Schemata.

In dieser Phase wird der kindlichen Kausalität die Tendenz der *Vergegenständlichung* zugeschrieben, d.h. nicht mehr alle wahrgenommenen Effekte werden den eigenen Aktivitäten zugeordnet, sondern den Objekten wird eine eigenständige kausale Wirksamkeit und damit auch substantielle Permanenz zugeschrieben. Das Kind kann also zunehmend zwischen inneren und äußeren Ursachen unterscheiden. Darüberhinaus entwickelt sich die *Verräumlichung* der Kausalität, die besagt, dass räumliche Verhältnisse zwischen Ursache und Wirkung sowie dazwischengeschaltete Faktoren berücksichtigt werden, was sich im Entdecken neuer Mittel durch aktives Ausprobieren widerspiegelt.

„..., wie das Universum durch die sensomotorische Intelligenz nach einer raumzeitlichen Organisation und durch die Ausbildung permanenter Gegenstände strukturiert wird, objektiviert und verräumlicht sich die Kausalität, d.h. die vom Subjekt erkannten Ursachen liegen nicht mehr allein im eigenen Tun, sondern in beliebigen Gegenständen und die Ursache-Wirkung-Beziehungen zwischen zwei Gegenständen oder ihrer Aktion setzen einen physischen und räumlichen Kontakt voraus“ (PIAGET 1987, 27f).

Das wachsende Interesse des Kindes an Wirkungen, die von anderen ausgehen und die Erkenntnis der Gegenstands- und Personenpermanenz steigert die soziale Interaktionsbereitschaft zu spezifischen Personen. Die Wechselbeziehung des Säuglings mit seiner sozialen Umwelt dient dem Lebenserhalt und der Befriedigung elementarer Bedürfnisse sowie der emotionalen Entwicklung und dem Aufbau frühester sozialer Bezüge.

Auf die Bedeutung angemessener Angebote und kontingenten Verhaltens der Eltern resp.

Bezugspersonen für die Erfahrung der eigenen Wirksamkeit beim Kind wurde bereits in Kapitel 1.2.8. hingewiesen. Das Ausmaß, inwieweit ein Kind bereit ist, Vertrautes aufzugeben, Risiken einzugehen und neue Erfahrungen zu integrieren, hängt in starkem Maße von der Qualität der Beziehungserfahrungen ab. Das Bindungsverhalten beeinflusst die Explorationsfähigkeit des Kindes maßgeblich, die ihrerseits das Ausmaß und die Art der eigenen Wirkerfahrungen und damit den Aufbau der Kontrollüberzeugungen bestimmt. Betrachtet man die in Kapitel 1.2.8. dargestellten Ergebnisse der Bindungstheorie unter dem Aspekt der Bedeutung für die Entwicklung der Kontrollüberzeugungen, so bestätigen sie folgende Annahmen.

Die Feinfühligkeit der Bindungsperson, repräsentiert durch die Wahrnehmung und angemessene Interpretation der kindlichen Signale und die daraus resultierende prompte und adäquate Handlungsweise vermittelt dem Kind im Sinne sozialer Kontingenzen erste Wirkerfahrungen in der Interaktion mit seiner sozialen Umwelt. Diese ersten Handlungs-Ergebnis-Kontingenzen und die damit verbundene sichere emotionale Basis ermöglichen es dem Kind, sich neuen, unbekannten, faszinierenden und zugleich bedrohlichen Spielsituationen zu nähern und mit Materialien zu explorieren. Die zunehmende Umwelterfassung erweitert den Handlungsspielraum und die Kompetenzen des Kindes und bieten zugleich ein breites Erfahrungsfeld für die eigene Wirksamkeit. Der emotionale Rückhalt bei der Verarbeitung negativer Erfahrungen wie Mißerfolge durch die Bindungsperson geben sicher gebundenen Kindern die Rückmeldung, ein liebenswerter und wertvoller Mensch zu sein.

Unsicher gebundene Kinder hingegen ver(sch)wenden viel Kraft und Energie auf die Verdrängung negativer Gefühle und die Aufrechterhaltung der Bindungsbeziehung, was zu einer Selektion in der Informationsaufnahme und Reduktion der Interaktion mit der dinglichen und sozialen Umwelt führen kann. Wahrgenommene Handlungs-Ergebnis-Kontingenzen können demzufolge oftmals nicht angemessen interpretiert und für die eigene Wirksamkeitserfahrung und damit das eigene Selbstwertgefühl verarbeitet werden.

3.3. Internale Kausalattribution

a) Selber machen

Die nächste Stufe in der Entwicklung der Kontrollüberzeugungen ist durch die weitere Differenzierung zwischen „Ich“ und „Umwelt“ geprägt. Die zunehmenden Handlungsmöglichkeiten und -erfahrungen unterstützen die Wahrnehmung des Kindes, dass eigene

Handlungen Effekte hervorbringen und dass man selber initiierender Bestandteil dieser Handlungen ist. Diese Erkenntnis erhöht die Bereitschaft und Motivation des „Selber machens“ mit der Folge, dass die Hilfe der Eltern abgelehnt und sich Anforderungen widersetzt wird. Einhergehend mit der Erweiterung und Differenzierung der eigenen Wirkerfahrungen ist das Selbsterleben, gekennzeichnet dadurch, dass die Kinder sich selber beim Namen nennen oder das Wort „ich“ benutzen.

b) Gratifikationsaufschub und Widerstand gegen Versuchung

Diese Stufe stellt eine weitere Differenzierung der vorangegangenen dar, indem zum Widerstand gegen fremde Wünsche erstmals auch ein Widerstand gegen eigene Wünsche kommt, um sich durch den Aufschub mit höher gestellten Wünschen belohnen zu können (Gratifikationsaufschub). Der Gratifikationsaufschub bedeutet für das Kind nicht nur eine verstärkte Kontrolle über seine Verhaltensregulation, sondern gibt zugleich Hinweise auf den Umgang mit Frustrationen im späteren Alter⁵⁸.

3.4. Erfolgserfahrung/Mißerfolgserfahrung

Die Erweiterung des Handlungsspielraumes und die zunehmende Realisierung, für Effekte selber verantwortlich zu sein, weckt das kindliche Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Die Kinder freuen sich über das selbst Erreichte und werden gewahr, dass sie mit eigener Anstrengung Ziele verwirklichen können. Diese Erkenntnis der eigenen Leistungsfähigkeit als Ursache für das Gelingen aber auch Mißlingen von Handlungszielen hat zur Folge, dass die Kinder sich für das Ergebnis verantwortlich fühlen und emotional darauf reagieren. Sie zeigen Stolz über persönliche Erfolge und Scham und Betroffenheit über Mißerfolge.⁵⁹

Die positiven wie negativen Erfahrungen prägen das individuelle Selbstwertgefühl und sind zugleich Ausdruck des beginnenden Leistungsmotivs, das als „... *das Bestreben, die persönliche Tüchtigkeit in allen jenen Tätigkeiten zu steigern oder möglichst hoch zu halten, in denen man einen Gütemaßstab für verbindlich hält und deren Ausführung deshalb gelingen oder mißlingen kann*“ bezeichnet wird (HECKHAUSEN 1966, 547).

Als Kriterium für das Vorhandensein des Leistungsmotivs resp. eines Erfolgs- bzw. Mißerfolgskonzeptes gilt das Auftreten der eben genannten emotionalen Reaktionen wie Stolz und Scham nach erfolgreicher/nicht erfolgreicher Bewältigung einer Aufgabe. Folgt man der Theorie der Leistungsmotivation so weisen die Faktoren, die ein Handlungsergebnis als Leistung kennzeichnen, Parallelen zur persönlichen Kontrolle auf.

⁵⁸ Siehe auch SHODA et al. 1990

Nach HECKHAUSEN (1977, 149f) müssen folgende Bedingungen gegeben sein, damit Verhalten als Leistungshandlung bewertet wird:

1. Es muss ein vorweisbares Ergebnis vorliegen.
2. Das Handlungsergebnis muss an einem differenzierten Güte- und/oder Anstrengungsmaßstab meßbar sein.
3. Die Aufgabenanforderungen müssen zu bewältigen sein, d.h. sie dürfen weder zu schwer noch zu leicht sein.
4. Der Handelnde muss den Gütemaßstab und die damit verbundene Norm für verbindlich halten.
5. Der Handelnde muss die Handlung selber gewollt haben und sich die Leistung als selbstständig erworben zuschreiben.
6. Je mehr das Handlungsergebnis nicht nur der eigenen Fähigkeit, sondern der Anstrengung zugeschrieben wird, um so mehr wird man sie als Leistung bewerten.

Mit dieser Auflistung sind ebenfalls die Kernmerkmale von persönlicher Kontrolle angesprochen: man hat eine wahrnehmbare Wirkung erzielt (1), man erlebt sich selbst als Verursacher einer Wirkung (5), Handlungsalternativen sind vorhanden (3) und das Handlungsergebnis ist für das Individuum von subjektiver Bedeutung. Die Orientierung an einem Gütemaßstab ist unabdingbare Voraussetzung, um ein Handlungsergebnis überhaupt bewerten zu können. Die konzeptuelle Übereinstimmung von Leistungsmotiv und Kontrollüberzeugung besagt zunächst, dass bestimmte kognitive Voraussetzungen gegeben sein müssen, um von Leistungshandeln resp. Handlungskontrolle sprechen zu können. An anderer Stelle gilt es noch zu klären, inwieweit sich diese beiden Konstrukte wechselseitig beeinflussen oder in ihrer Entwicklung bestimmen.

Die in dieser Phase zunehmende Wahrnehmung selbst Verursacher diverser Wirkungen zu sein, ist Bestandteil eines noch eher unreflektierten Selbstbildes mit einem hohen Anteil an Subjektivität im kindlichen Denken. Der ausgeprägte *Egozentrismus* zu Beginn dieser Phase, bei dem das Kind seine Gedanken und Empfindungen für die einzig möglichen hält, führt dazu, dass dem Kind die Grenzen seiner Wirksamkeit kaum bewusst sind. PIAGET spricht in diesem Zusammenhang auch von *magischer Kausalität*.⁶⁰

In Bezug auf Phänomene in der externen Welt liefern räumliche und zeitliche Nähe ausrei-

⁵⁹ HECKHAUSEN 1966

⁶⁰ PIAGET 1998, 221ff

chend Begründung für kausale Zusammenhänge im kindlichen Denken. Insbesondere in für Kinder neuartigen und unverständlichen Situationen werden beliebige Ereignisse allein aufgrund ihres gemeinsamen Auftretens miteinander in Verbindung gesetzt, die PIAGET als *phänomenistische Kausalität*⁶¹ bezeichnet.

Die Erfahrungen des Kindes, über Kompetenzen zu verfügen und Wirkungen wiederholt erzielen zu können, führen gegen Ende dieser Phase zu einer noch recht großzügigen Beurteilung von Erfolg und Mißerfolg, indem auch das anstrengungslose Erreichen eines Ziels als Erfolg gewertet wird und Nichtbewältigung einfach als Mißerfolg gilt. Eine differenziertere Betrachtung verschiedener Ursachen wird erst in der nächsten Phase vorgenommen, die sich im Wesentlichen auf den Grundschulbereich erstreckt.

3.5. Ursachendifferenzierung: Die Kontrollüberzeugungen

Mit dieser Phase ist das Niveau vollständiger Kontrollüberzeugungen zumindest für diejenigen Bereiche erreicht, in denen das Kind genügend Erfahrungen sammeln konnte. Im Verlauf dieser Entwicklungsphase wird zwischen den verschiedenen Ursachen wie Anstrengung, Fähigkeit, Aufgabenschwierigkeit und Glück/Zufall differenziert, eine Leistung, die vorwiegend der schulischen Sozialisation zugeschrieben wird. Diese Differenzierungsleistung vollzieht sich in vier Stufen:

a) *das globale Fähigkeitskonzept*

Gegen Ende des Vorschul- und zu Beginn des Schulalters ist die Ursachenzuschreibung noch eine recht unstrukturierte Mischung aus Fähigkeit, Anstrengung, beobachtbarem Ergebnis, objektiver und sozialer Rückmeldung. So werden Klassenkameraden als erfolgreich angesehen, weil sie klug sind *und* sich angestrengt haben *und* weil sie gelobt werden.

b) *das Anstrengungskonzept*

Im schulischen Alltag wird auch von Seiten der Pädagogen vermehrt der Anstrengungsfaktor als wesentliche Komponente von Erfolg und Mißerfolg hervorgehoben. Das verstärkte Augenmerk auf die Anstrengung bedeutet jedoch nicht, dass damit zugleich zwischen Fähigkeit und Aufgabenschwierigkeit unterschieden wird. Vielmehr ruft das Anstrengungskonzept gewisse Allmachtsgefühle hervor in dem Sinn, dass Kinder in dieser Phase alle Ziele für erreichbar halten, wenn sie sich nur genügend anstrengen⁶².

⁶¹ PIAGET 1998, 221ff

⁶² Das Vorliegen einer enormen Überbewertung des Faktors Anstrengung bei Kindergartenkindern konnten VISE/SCHNEIDER 2000 nachweisen.

c) Fähigkeits- und Schwierigkeitskonzept

Im Laufe der Schulzeit nehmen Kinder vermehrt Unterschiede in den Fähigkeiten zwischen den Klassenkameraden wahr und registrieren ebenso persönliche Grenzen trotz großer Anstrengung. Aufgabenschwierigkeit und persönliche Fähigkeiten werden mehr und mehr als Ursache für Erfolge resp. Mißerfolge herangezogen. Die Vorstellung, dass jemand der weniger fähig ist sich mehr anstrengen muss oder dass bestimmte Aufgabenschwierigkeiten bei bestimmten Fähigkeiten nicht zu bewältigen sind, führt zu einer Abnahme des „Anstrengungsoptimismus“ zugunsten einer beträchtlichen Portion Realismus im Selbstkonzept.

Die detailliertere Vorstellung von Aufgabenschwierigkeit und persönlichen Fähigkeiten und der damit verbundene zunehmende Realitätssinn können sich auch entwicklungshemmend auswirken, wenn individuelle Leistungssteigerungen durch konstant bleibende schlechte Positionen im Vergleich mit Schulkameraden unberücksichtigt bleiben bzw. keine Anerkennung finden.

d) Kompensatorisches Verhältnis zwischen Fähigkeit und Anstrengung

Erst gegen Ende der Grundschulzeit ist das Verständnis für das kompensatorische Verhältnis zwischen Fähigkeit und Anstrengung weitestgehend ausgebildet⁶³. In welchen Bereichen diese Differenzierungsleistung Anwendung findet, ist noch nicht genügend erforscht. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, dass insbesondere die Bereiche angesprochen sind, die für das Kind von Bedeutung sind und seiner Lebenswelt entsprechen, wie der spielerisch-motorische und der schulische Bereich, in denen sie auch ausreichend Erfahrungen sammeln konnten.

Mit dieser fünften Stufe ist die Entwicklung der eigenen Wirksamkeit strukturell abgeschlossen und die differenzierten Bewertungsmechanismen bilden die Grundlage für die Kontrollüberzeugungen zukünftiger Handlungen.

Für die Ausarbeitung eines therapeutischen Konzepts zur Arbeit mit Vorschul-/ Schulkindern ist der notwendige Überblick über den Aufbau der Kontrollüberzeugungen hiermit abgeschlossen. Die Entwicklung der Kontrollüberzeugungen besteht jedoch über das ganze Leben hinaus, wobei statt eines strukturellen Aufbaus nun eine Reflexion und Auseinandersetzung mit Kontrolle und Kontrollerwartungen im Vordergrund steht. Um den Entwicklungsbegriff nicht zu kurz zu fassen und die Betrachtung über die gesamte Lebens-

⁶³ Eine Übersicht über Untersuchungen zur Anstrengungsattribution bei VISE/SCHNEIDER 2000

spanne nicht außer Acht zu lassen, möchte ich im Anschluss kurz die drei weiteren sogenannten Modifikationsstufen der Kontrollüberzeugungen darstellen.

3.6. Quantitatives Wachstum/Identität: Selbstbild und Selbstwert

Im Vordergrund der sechsten Phase steht die Entwicklung der persönlichen und sozialen Identität, die insbesondere im Jugendalter durch Unsicherheiten und Krisen bestimmt ist. In der Zeit der Orientierung nach eigenen Lebensvorstellungen und Zielen spielt das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit eine wesentliche Rolle. In dieser Lebensspanne ist der Wunsch, möglichst viel Wirksamkeit und Kontrolle zu erlangen, um damit soziale Anerkennung und sozialen Respekt zu bekommen, vorrangig. Aus dem Wissen um das eigene Können und über die Wahrnehmung, soziale Macht ausüben zu können, wird das Selbstwertgefühl aufgebaut. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine objektive Zunahme an Kontrolle nicht zwangsläufig das Gefühl bestärkt, Kontrolle ausüben zu können.

3.7. Auseinandersetzung mit Werten und Wertrealisierung

Eine ständige Steigerung an persönlicher Kontrolle ist irgendwann nicht mehr möglich, denn ebenso wie zuwenig Kontrolle Streß bedeutet, bereitet zu viel Kontrolle ebenfalls Probleme. Im mittleren Erwachsenenalter ist eine Neuorientierung nötig und es müssen Prioritäten für persönlich wichtige Bereiche gesetzt werden. Dies bedeutet, dass man Kontrolle über bestimmte Bereiche abgeben muss, Entscheidungen treffen und Verantwortung übernehmen muss. Dennoch bedeutet diese „Beschränkung“ keinen Identitätsverlust, vielmehr führt sie im Sinne einer Spezialisierung zu einer stärkeren Ausprägung der eigenen Identität.

3.8. Auseinandersetzung mit Kontrollgrenzen

a) Kompensation von Kontrollschwund (sekundäre Kontrolle)

Mit zunehmendem Alter werden die Grenzen des eigenen Handelns und die Abnahme der Kontrolle in wichtigen Lebensbereichen immer deutlicher. In einigen Fällen z.B. bei Leistungssportlern, bei Unfallopfern oder auch bei behinderten Menschen setzt dieser Kontrollschwund wesentlich früher und zum Teil auch urplötzlich und unerwartet ein. Diese Erfahrungen der eingeschränkten Handlungskompetenz und Handlungskontrolle können zu schweren Identitätskrisen und Depressionen führen, da bislang bestehende Aufgaben, Verantwortung und eigene Wirksamkeit fehlen. Die Aufrechterhaltung und Stabilisierung des

eigenen Selbstwertgefühls bedarf daher regulierender Maßnahmen, um diese Erkenntnis zu kompensieren. In der Fachliteratur führten ROTHBAUM, WEISZ und SNYDER 1982 für diesen Kompensationsprozess den Begriff *sekundäre Kontrolle* ein.

Im Gegensatz zur primären Kontrolle, welche die Anpassung der Umwelt an die individuellen Bedürfnisse anstrebt, ist das Ziel der sekundären Kontrolle, die eigenen Ansprüche und Meinungen so zu verändern, dass sie den eigenen Möglichkeiten angepaßt werden und mit der Welt weiterhin in Einklang zu stehen. BRANDSTÄDTER/RENNER 1990 sprechen in diesem Zusammenhang zutreffend auch von *assimilative coping* (primäre Kontrolle) und *accomodative coping* (sekundäre Kontrolle). Dabei wird die primäre Kontrolle nicht von der sekundären Kontrolle „abgelöst“, sondern beide Kontrollinstanzen existieren in unterschiedlicher Gewichtung nebeneinander⁶⁴. Es wird vermutet, dass es im Laufe der Entwicklung zu einer stufenweisen Verschiebung von der primären zur sekundären Kontrolle kommt, die im Alter von besonderer Bedeutung ist.

b) *Integrität trotz Kontrollschwund*

Die Auseinandersetzung mit den eigenen Kontrollgrenzen vollzieht sich jedoch nicht nur über den oben beschriebenen akkomodativen Copingprozess, sondern ein weiterer wichtiger Verarbeitungsmechanismus zur Aufrechterhaltung der eigenen Identität ist die besondere Gewichtung bereits bewältigter oder geleisteter Lebensaufgaben. So kann der ältere Mensch sein Selbstwertgefühl auf früher ausgeübte Kontrolle stützen, wie beispielsweise die Gründung und den Aufbau einer eigenen Firma, der Rückblick auf beeindruckende Erlebnisse, der Aufbau ein großen sozialen Netzes oder einer Familie. Diese veränderten Bewertungsmechanismen implizieren, dass im höheren Alter der Selbstwert nicht mehr mit aktueller persönlicher Kontrolle korreliert, sondern persönliches Wissen, Verantwortung und eigene Erfahrungen an Bedeutung gewinnen. FLAMMER 1996 schlägt vor, diesen Kompensationsprozess als *tertiäre Kontrolle* zu beschreiben.

Mit dieser Phase ist der strukturelle Aufbau der Kontrollüberzeugung über die gesamte Lebensspanne hinweg abgeschlossen.

Wie im Entwicklungsverlauf beschrieben, handelt es sich bei Kontrollüberzeugungen um Persönlichkeitsvariablen, die auf Lernprozesse in der Erziehung und Sozialisation zurückgehen. ROTTER differenziert in seinem Konzept der sozialen Lerntheorie zwischen den situations- und handlungsspezifischen Kontrollüberzeugungen, die in bekannten vertrauten Strukturen relevant werden und den bereichsspezifischen und generalisierten Erwartungen, die in unbekannten, neuartigen Situationen zum Tragen kommen. Mit dieser Differenzie-

⁶⁴ Siehe dazu Untersuchungen von BRANDSTÄDTER/RENNER 1990

rung sind zugleich zwei weitere Aspekte beim Aufbau von Kontrollüberzeugungen zu berücksichtigen, die in der deskriptiven Darstellung unberücksichtigt blieben, die **Lebensbereiche**, in denen spezifische Kontrollüberzeugungen aufgebaut werden und der **Generalisierungsprozess**. FLAMMERs Lehrmeinung grenzt sich genau an diesem Punkt von der Theorie Rotters ab, die seiner Meinung nach „... wegen der praktischen Mißachtung der Bereichsspezifität die Vorstellung hervorruft, Kontrolle sei etwas, das einem Individuum unabhängig von seiner Umwelt, seinen Lebensbedingungen und seinen Zielen als eine Eigenschaft anhaftet“ (FLAMMER 1990, 22). Diese Kritik kann m.E. nicht aufrechterhalten werden, da ROTTER die Bedeutung und den Einfluss von Erwartungen gerade unter Berücksichtigung der Aspekte Umwelt, Lebensbedingungen und individuelle Ziele betrachtet. Die soziale Lerntheorie, die nicht primär dem Konstrukt der Kontrollüberzeugungen gewidmet war, bekräftigt sogar die Bedeutung situations- und handlungsspezifischer Erwartungen in der Verhaltensregulation bei alltäglichen Situationen und die Bedeutsamkeit von generalisierten Erwartungen ausschließlich in ambivalenten, kognitiv nicht strukturierten Situationen.

3.9. Relevante Lebensbereiche

Die Entwicklung der Kontrollüberzeugungen steht, wie es die vorangegangenen Ausführungen belegen, in engem Zusammenhang mit der Entwicklung und Zunahme einzelner Kompetenzen in den Bereichen Motorik, Sprache und Sozialverhalten, die erst die zielgerichtete Interaktion mit der personalen und dinglichen Umwelt als Grundlage für die Effektivitätswahrnehmung ermöglichen.

Der Aufbau und die Generalisierung von Kontrollüberzeugungen erfolgen in der aktuellen Interaktion des Individuums mit seiner sozialen und dinglichen Umwelt, die ROTTER als die psychologische Situation bezeichnet. Das bedeutet, dass diese Prozesse in den für das Individuum relevanten Lebens- und Aufgabenbereichen stattfinden. Unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten, aber auch im Hinblick auf therapeutische Interventionsmöglichkeiten ist es notwendig, diese Bereiche zu spezifizieren.

Eine Orientierungshilfe, welche Inhalte für die einzelnen Entwicklungsphasen relevant sind, bieten die Theorien, die den einzelnen Entwicklungsabschnitten Themen oder Aufgaben zuordnen. Diese Aufgaben ergeben sich aufgrund biologischer Prozesse der Reifung, gesellschaftlicher oder sozialer Normen und nicht zuletzt aufgrund persönlicher Ansprüche und Werte. Die adäquate Bewältigung der anstehenden Anforderung wird als Entwick-

lungsaufgabe bezeichnet und führt zu persönlicher Zufriedenheit und Glück. Kann die Krise nicht gemeistert werden, sind Unzufriedenheit und sozialer Druck die Folge. Die Art und Weise der Aufgabenbewältigung bestimmt die Auseinandersetzung mit den weiteren, folgenden Themen. In dieser Konzeption sind die Grundgedanken des Konstrukts der Kontrollüberzeugungen inhärent. Die erfolgreiche Aufgabenbewältigung führt zu persönlicher Zufriedenheit im Sinne von eigener Wirksamkeit, während das Scheitern zu Unzufriedenheit führt. Diese Erfahrungen eigener Wirksamkeit beeinflussen im Sinne von Erwartungshaltungen die weitere Auseinandersetzung mit neuen Entwicklungsaufgaben. Einen für die therapeutische Praxis besonders relevanten Aspekt stellt die Annahme ERIKSONs dar, dass nicht erfolgreiche Bewältigung in früheren Phasen zu einem späteren Zeitpunkt kompensiert werden kann (sogenannte longitudinale Kompensation)⁶⁵ und liefert damit das Fundament für therapeutische Interventionen.

Die für die kindliche Entwicklung im Vorschul- /Schulalter relevanten Entwicklungsaufgaben, wie sie in den Ansätzen von HAVIGHURST 1974, ERIKSON 1997 und RIKSEN-WALRAVEN 1991 vertreten werden, sind in der folgenden Übersicht (Tab. 6) dargestellt. Setzt man die Entwicklungsaufgaben für die jeweilige Lebensspanne in Relation zu den Aufbaustufen der Kontrollüberzeugungen so zeigt die Tabelle, dass die Aufgaben und ihre Bewältigung den Entwicklungsprozess der Kontrollüberzeugungen gestalten.

⁶⁵ ERIKSON 1997³, 66

	Havighurst 1976	Riksen-Walraven 1991	Erikson 1997	Entwicklung der Kontrollüberzeugungen
1. Phase 1. Lebensjahr	Feste Nahrung zu sich nehmen; Aufbau von Bindungsprozessen	Herstellung sicherer Bindungs- Beziehung	Vertrauen gegen Mißtrauen (Mutter) geben – bekommen <i>Ich bin, was man mir gibt</i>	Wahrnehmung erster Handlungs-Ergebnis-Kontingenzen in der sozialen Interaktion mit der Bindungsperson
2. Phase 2.-3. Lebensjahr	Erweiterung der Handlungs- und Bewegungsmöglichkeiten	Entwicklung der Autonomie in der Beziehung zum Erzieher	Autonomie gg. Scham, Zweifel (Eltern) festhalten- loslassen <i>Ich bin, was ich will</i>	Gewahrwerden eigener Wirksamkeit, Hilfe ablehnen und Widerstand gegen Wünsche und Anordnungen
3. Phase Vorschulalter 4.-6. Lebensjahr	Falsch und richtig unterscheiden	Kompetenz in den Kontakten mit Gleichaltrigen	Initiative gg. Schuldgefühle Tun Tun als ob <i>Ich bin, was ich mir zu werden vorstellen kann</i>	Erfahrungen von Erfolg und Mißerfolg; Stolz und Scham
4. Phase Schulalter	Eine angemessene Geschlechterrolle entwickeln; Erreichen persönlicher Unabhängigkeit	Erwerb spezifischer Fähigkeiten	Werksinn gg. Minderwertigkeitsgefühl (Wohngend/ Schule) Mit anderen zusammen etwas richtiges machen <i>Ich bin, was ich lerne</i>	Vorstellung persönlicher Fähigkeiten; Differenzierung in Anstrengungs- und Fähigkeitskonzept

Tab. 6: Entwicklungsaufgaben im Kindesalter

Die in der ersten Phase prominierende Aufgabe der Herstellung sicherer Bindungsbeziehungen durch die aktive Auseinandersetzung des Säuglings mit seiner personalen Umwelt bestimmt die Erfahrung erster Handlungs-Ergebnis-Kontingenzen. Diese Phase ist geprägt durch ein Geben-Bekommen und ein Annehmen im Wechselspiel zwischen der Bezugs-

person, zumeist der Mutter und dem Kind. Die Art und Weise dieser Interaktion wird durch die grundlegenden Modalitäten der jeweiligen Kultur bestimmt. Ein wesentliches Moment, so vermutete bereits ERIKSON, beim Aufbau von Vertrauen spielt nicht nur das Ausmaß mütterlicher Zuwendung in Form von Nahrung und Liebe, sondern vielmehr die Qualität mütterlicher Bindung.⁶⁶

In der zweiten Phase bestimmt die Entwicklung der motorischen Kompetenzen des Aufrichtens und Laufens, sowie die Differenzierung der Handfunktionen die wesentlichen Aufgaben. Das Kind beginnt auf eigenen Füßen zu stehen und selbständig sein Umfeld zu erobern. Einhergehend mit einer größeren manuell-motorischen Geschicklichkeit können alltägliche Aktivitäten zunehmend selbsttätig bewältigt werden. Das Gewährwerden einer größeren Autonomie im Alltag und die Erschließung neuer Erfahrungswelten führt zu einer ersten Abgrenzung von der mütterlichen Bindung bis hin zur Ablehnung jeglicher Hilfestellung und Unterstützung durch die Eltern. Eine Balance zu finden zwischen der engen Bindung und der angestrebten Autonomie ist die wesentlichste Aufgabe dieses Stadiums. Die dritte Phase ist nach ERIKSON 1997³ durch drei Entwicklungsschübe geprägt:

1. die Kinder beginnen, sich freier und kraftvoller zu bewegen und erobern sich damit ein weiteres und nahezu unbegrenztes Tätigkeitsfeld
 2. das Sprachvermögen wird erweitert und optimiert, so dass mehr geäußert, aber auch mehr verstanden und mißverstanden wird
 3. die sprachliche und motorische Entfaltung erweitert die Vorstellungswelt des Kindes.
- Kennzeichnend für diese Phase ist die Bedeutung von Bewegungssituationen und -handlungen, in denen das Kind herausfinden muss, „ . . . *was für eine Art Person es werden möchte*“ (ERIKSON 1997, 87). Die sprachlichen Kompetenzen ermöglichen zugleich die über die Handlungsebene hinausgehende Kommunikation über Regeln, Grenzen und Absprachen. In Verbindung mit der durch Reifung bedingten Aufgaben, stehen die durch die sekundären Sozialisationsinstanzen (Kindergarten) erforderlichen Kompetenzen der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen. Dieses Miteinander im außerfamiliären Bedingungsgefüge beinhaltet Themen wie Orientierung an allgemeinen Gütemaßstäben, Formulierung und Durchsetzen eigener Bedürfnisse sowie Einordnen in Regeln und Strukturen. Vielfältige angeleitete und freie Spiel- und Bewegungssituationen sind die dominanten Lebensbereiche, in denen das Kind seine eigenen Kompetenzen erfährt, zugleich aber auch durch den Vergleich mit seiner Altersgruppe Grenzen sowie individuelle Merkmale und Fähigkeiten erkennt. Rollen- und Wettkampfspiele, in denen die motorische Leistungsfä-

⁶⁶ Ausführliche Beschreibung der Bindungsqualität siehe Kapitel 1.2.8.1.

higkeit von großer Bedeutung ist, bilden den inhaltlichen Rahmen in diesem Alter.

Die vierte Phase ist durch den Wunsch des Kindes nach sinnvoller und nützlicher Betätigung gekennzeichnet, dem die schulische Anforderungssituation zum Teil gerecht wird. Das Streben nach Vollendung einer Anforderung, oder der Werksinn wie ERIKSON es formuliert, geht mit Stetigkeit und ausdauerndem Fleiß bei der Aufgabenbewältigung einher. Zugleich birgt die schulische Vergleichs- und Bewertungssituation aber die Gefahr in sich, eigene Unzulänglichkeiten und Grenzen der eigenen Anstrengung und Fähigkeiten zu erfahren und für das eigene Selbstbild zu verwerten. Während in der dritten Phase motorische und soziale Anforderungen im Vordergrund stehen, werden im weiteren Verlauf zunehmend kognitive Kompetenzen gefordert.

Anhand der für das jeweilige Entwicklungsalter zu bewältigenden psychosozialen Krisen lassen sich die Bereiche und Situationen eruieren, in denen sich die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt primär vollzieht und kontrollrelevante Erfahrungen und Informationen gesammelt werden. Die Rückmeldungen handlungs- und situationsspezifischer Kontrollinformationen erlauben eine Einschätzung über die Bewältigung von Aufgaben in gleichen oder ähnlichen Anforderungssituationen. In neuen, kognitiv nicht strukturierten Konstellationen greifen dann die bereichsspezifischen Erfahrungen nicht mehr, sondern Generalisierungen aus vergangenen Erkenntnissen werden relevant.

3.10. Generalisierung von Erwartungen

Der Aufbau der generalisierten Erwartungen, der auf Lernprozessen basiert, ist durch zwei Eigenschaften gekennzeichnet:

- ◆ frühere Erfahrungen können durch spätere überformt werden; eine grundlegende Voraussetzung für den Einsatz therapeutischer Interventionen und
- ◆ der Generalisierungsprozess weist in Anlehnung an PIAGET 1976 Diskontinuitäten auf, was bedeutet, dass es zu Übergeneralisierungen und Überspezifizierungen kommen kann. Dies insbesondere im Kindesalter, was als eine mögliche Erklärung für die zum Teil sehr heterogenen Befunde in der Bewertung von Kontrollüberzeugungen herangezogen wird⁶⁷.

Am Überformungsprozess maßgeblich beteiligt sind die im vorangegangenen Kapitel genannten kontrollrelevanten Informationen wie z.B. direkte oder durch ein Modell vermit-

⁶⁷ KRAMPEN 1992

telte Erfahrungen. Eine Änderung der Erwartungen wird nach ROTTER besonders von zwei Variablen bestimmt, dem Überraschungswert und der Anzahl von Erfahrungen in einer spezifischen Situation. Sowohl positive wie auch negative Verstärker haben eine größere Wirksamkeit, wenn sie unerwartet auftreten, einen Überraschungseffekt hervorrufen. Erwartungsänderungen sind dauerhaft jedoch nur dann zu erwarten, wenn sich das zunächst unerwartete Ergebnis auch in anderen Situationen wiederholt und bestätigt. Denn vielfältige Vorkenntnisse in und mit einer spezifischen Situation erschweren den Einfluss neuer, überraschender Erfahrungen auf die Erwartungen.

Die vielfältigen, im Laufe der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt erworbenen Kontrollerfahrungen bilden die Basis, auf der generalisierte Erwartungen gebildet werden. Wie Abbildung 8 veranschaulicht, verläuft die Generalisierung der Erwartungen auf drei Ebenen, die hierarchisch gegliedert sind.

Die erste, unterste Ebene bilden die situations- und handlungsspezifischen Erwartungen, die zweite Ebene die für verschiedene Lebensbereiche spezifischen Erwartungen und die dritte Ebene die über verschiedene Handlungs- und Lebensbereiche generalisierten Erwartungen.



Abb. 8 Hierarchische Struktur von Kontrollerwartungen in Anlehnung an KRAMPEN 1992

Dieses Modell verdeutlicht die Bedeutung der Situationsanalyse und –bewertung für die Handlungs- und Verhaltensregulation und die Aktualgenese von Kontrollerwartungen. Eine Vielzahl von situationsspezifischen Erfahrungen und damit verbundenen Kontrollerwartungen bilden die Basis, anhand derer Anforderungen bewertet werden und sind zugleich der Grundstock für bereichsspezifische Erwartungen. Bietet die Situationsanalyse keine konkreten kognitiven Strukturen, die ein Abgleichen mit vertrauten Mustern ermöglichen, wird auf vorherige Erfahrungen in diesem Lebensbereich zurückgegriffen. Liegen auch hier keine verwertbaren Informationen vor, werden generalisierte Erwartungen aktualisiert und bestimmen den Handlungsablauf. Die Bewertung einer Situation erfolgt dabei nicht nur anhand situativer, sondern auch personaler Kriterien.

Die Generalisierung von Erwartungen resultiert nicht allein aus der Summation vorangegangener Erfahrungen, sondern ist bedingt durch :

- ◆ Ähnlichkeiten der Verstärker
- ◆ Ähnlichkeiten der Handlungssituation
- ◆ Ähnlichkeiten der Strukturen von zu lösenden Problemen
- ◆ Ähnlichkeiten der Intensität und Vorzeichen der Verstärker,

die ein Individuum im Laufe seiner Umwelterfahrungen wahrnimmt und verarbeitet.

Die bisherigen Ausführungen zum ontogenetischen Aufbau von generalisierten Kontrollüberzeugungen haben die strukturellen Rahmenbedingungen und die subjektiven Verarbeitungsprozesse dargelegt. Entwicklung findet jedoch in Umweltbezügen statt, die einen entscheidenden Einfluss auf den Prozess haben und ein Erklärungsmodell für die Ausprägung interindividueller Unterschiede darstellen. Für das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen konnten verschiedene Entwicklungskontexte spezifiziert werden, die maßgeblich deren Aufbau prägen.

3.11. Einfluss spezifischer Erziehungs- und Sozialisationskontexte auf die Entwicklung von Kontrollüberzeugungen

Die Komplexität interaktiver Entwicklungs- und Sozialisationsprozesse impliziert, dass verschiedene Einflussgrößen die Entwicklung von Kontrollüberzeugungen prägen. Die personbezogene Seite ist hinlänglich beschrieben worden, während die kontextuellen Variablen bislang nur auf der Mikroebene der Familie mit besonderer Ausrichtung auf die Bindungserfahrungen berücksichtigt wurden. Als weitere für den Entwicklungsprozess

relevante Sozialisationsfaktoren⁶⁸ werden (sub-) kulturelle und politisch-strukturelle Faktoren sowie familienstrukturelle Variablen angesehen.

1. (Sub-) kulturelle und politisch-strukturelle Faktoren

Ogleich die sozial-strukturell orientierte und kulturvergleichende Sozialisationsforschung mit methodischen Problemen zu kämpfen hat, liegen eine Vielzahl von Befunden zu Unterschieden in den Kontrollüberzeugungen zwischen verschiedenen politisch, ethnisch und sozial-strukturell bestimmten Gruppierungen vor. Die meisten Studien beziehen sich dabei nicht auf Entwicklungsprozesse, sondern auf das Entwicklungsergebnis im Rahmen eines spezifischen Kulturkreises. Als moderierende Variablen der politischen und kulturellen Strukturen (das *Makrosystem* im Sinne BRONFENBRENNERS) gelten dabei besonders das politische System, die Religionszugehörigkeit, der sozioökonomische Status und die Geschlechtszugehörigkeit.

Der Einfluss politischer und kultureller Systeme auf die Kontrollüberzeugungen vollzieht sich einerseits indirekt an Hand der Vermittlung von gültigen Regeln und Vorschriften sowie andererseits direkt durch die jeweiligen Sozialisationsagenten wie Erzieher oder Lehrer. In einem bidirektionalen Modell können Rückwirkungen auf einzelne Merkmale des jeweiligen Systems auch durch einzelne Mitglieder einer Kultur erzielt werden, dies jedoch nur in offenen Systemen. Untersuchungen zur Auswirkung *politischer Systemmerkmale*⁶⁹ bestätigen die Vermutung, dass totalitäre Staatsformen mit einer extremen staatlichen Kontrolle zu einer Erhöhung fatalistischer externaler Kontrollüberzeugungen führen.

Intrakulturelle Vergleiche deuten darauf hin, dass unabhängig von der jeweiligen Religion Mitglieder einer *Religionsgemeinschaft* gewöhnlich weniger fatalistisch-external sind als Personen, die keiner Konfession angehören. Differenziertere Analysen⁷⁰ der einzelnen Religionsgemeinschaften bestätigen darüber hinaus verschiedene Ausprägungen an Kontrollüberzeugungen je nach inhaltlicher Struktur ihrer Religion. Konfessionen, welche die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Einzelnen betonen, gehen mit einer erhöhten internalen Kontrollüberzeugung einher, während eine starke Ausrichtung auf die Gottesbestimmtheit des Lebens eher mit sozial bedingter Externalität korreliert⁷¹.

⁶⁸ KRAMPEN 1992, 1994; die schulischen und medienbedingten Faktoren werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt, da sich die Untersuchungen vornehmlich auf ältere Kinder/Erwachsene beziehen.

⁶⁹ AVIRAM/MILGRAM 1977 zitiert in KRAMPEN 1992

⁷⁰ LEVIN/SCHILLER 1986 zitiert in KRAMPEN 1992

⁷¹ KRAMPEN 1992, 33f

Als eine der wesentlichsten Einflussgrößen wird jedoch der *sozioökonomische Status* der Familie angesehen. Demnach gehen ein niedriges Familieneinkommen und ein geringer sozioökonomischer Status mit höherer sozial bedingter und fatalistischer Externalität einher (SINGH, 1983).

In Bezug auf die *Geschlechtszugehörigkeit* spielen weniger die biologischen Geschlechtsvariablen eine entscheidende Rolle als vielmehr die Konformität resp. Nonkonformität mit den soziokulturellen Geschlechternormen (KRAMPEN et al. 1990). So konnten COLE/COLE 1977 in einer Studie mit mexikanischen Studentinnen nachweisen, dass deren kulturell nonkonforme Studienfachwahl mit einer hohen Internalität und einer geringen Externalität korrelierte.

2. Familienstrukturelle Faktoren

Wie in den vorangegangenen Ausführungen zur Entwicklung von Kontrollüberzeugungen bereits angesprochen, haben familienstrukturelle Faktoren (ein Teil des *Mikrosystems* nach BRONFENBRENNER) einen wesentlichen Einfluss auf den Aufbauprozess. Als entscheidende Determinanten gelten die Geschwisterposition, die Familienvollständigkeit, die elterliche Erziehungseinstellung und die familiäre Umwelt, das Familienklima.

Befunde zum Einfluss der *Geschwisterposition* (KRAMPEN 1982b) deuten darauf hin, dass zwischen Familien mit zwei Kindern und solchen mit drei und mehr Kindern unterschieden werden muss. Demnach sind Einzelkinder und Erstgeborene (in Familien mit zwei Kindern) internaler orientiert als Spätgeborene. Begründet wird dieser Unterschied mit der früheren Selbständigkeit und Verantwortlichkeit, die diesen Kindern von den Eltern zugeschrieben wird und den intensiveren Eltern-Kind-Kontakten, die zu einer vermehrten Erfahrung an Handlungs-Verstärker-Kontingenzen führen. Bei Familien mit mehreren Kindern sind die Erst- und die Letztgeborenen vermehrt external orientiert, wobei die Externalität mit der Anzahl der Geschwister ansteigt⁷². Eine weitere Einflussgröße ist der Altersabstand der Geschwister, der bei Mädchen mit größerem Altersabstand zu den Geschwistern mit vermehrter Internalität bei Jungen hingegen mit erhöhter Externalität einhergeht (HOFFMAN/TYBER 1979).

Unter dem Gesichtspunkt der *Familienvollständigkeit* wurden Auswirkungen auf die Kontrollüberzeugungen durch die Abwesenheit des Vaters untersucht. Der Tod des Vaters bewirkte nur bei Jungen einen Anstieg der Externalität, da dieses Ereignis vermutlich nur external attribuiert werden kann. Der Verlust des Vaters nach Scheidung führte nicht zu

⁷² Untersuchungen von WALTER/ZIEGLER 1980

einer Erhöhung der Externalität, jedoch wiesen die Kinder, die durch den Scheidungsprozess stärker emotional belastet waren, erhöhte externe Kontrollüberzeugungen auf⁷³. Als eine bedeutende Moderatorvariable, die mittlerweile umfassend untersucht wurde, gilt die *elterliche Erziehungseinstellung* sowie der vom *Kind wahrgenommene elterliche Erziehungsstil*. Demnach korrelieren konsistentes elterliches Verhalten, emotionale Zuwendung zum Kind sowie eine unterstützende, die Selbständigkeit fördernde Erziehungseinstellung mit der Internalität der Kinder (DIEHELM 1991, KRAMPEN 1982), während eine eher restriktive Erziehung und inkonsistentes Handeln mit erhöhter Externalität in Wechselbeziehung stehen. Eine zusätzliche Bedeutung wird dem Geschlecht des Interaktionspartners zugeschrieben, da Befunde darauf hinweisen, dass insbesondere mütterliche emotionale Zuwendung und instrumentelle Unterstützung sowie väterliche Nachsicht mit Internalität von Kinder kovariieren (SCHNEEWIND/PFEIFFER 1978).

Die enge Beziehung zwischen kindlichen Kontrollüberzeugungen und elterlichem Erziehungsstil wurde gerade auch in den Untersuchungen bestätigt, in denen die vom Kind perceptierten elterlichen Erziehungsmerkmale als Variable herangezogen wurden. Ergänzende Untersuchungen (KRAMPEN 1989, SCHNEEWIND 1982) bestätigen darüber hinaus eine deutliche Korrelation zwischen den von den Eltern angegebenen Erziehungseinstellungen und dem von den Kindern wahrgenommenen Erziehungsstil.

Neben den Erziehungspraktiken wurden auch eher allgemeine Faktoren der Familien wie das *Familienklima* untersucht. Als Merkmale gelten familiäre Kohärenz und Emotionalität, Expressivität, moralisch-religiöse Orientierung, aktive Freizeitgestaltung und familiäre Organisation (NOWICKI/SCHNEEWIND 1982). Die Befundlage unterstützt die Annahme, dass ein wertschätzendes, offenes und kommunikativ-interaktives Familienklima Internalität fördert, während hohe familiäre Kontrolle und hohes Konfliktpotential mit Externalität in Beziehung stehen. Kein Zusammenhang konnte hingegen zwischen der materiellen Ausstattung (Spielzeug, Bücher) und den Kontrollüberzeugungen nachgewiesen werden.⁷⁴ Das Ergebnis, dass weniger die Quantität an anregendem Spielmaterial als vielmehr die Qualität der elterlichen Sensibilität und Zuwendung sich als entwicklungsfördernd erweist, konnte auch RIKSEN-WALRAVEN (1991) mit ihren Studien belegen.

⁷³ DUKE/LANCASTER 1976

⁷⁴ BRADLEY/CALDWELL 1979 zitiert nach KRAMPEN 1992

4. Entwicklungs- und Störungskonzept der psychomotorischen Entwicklungstherapie

4.1. Entwicklungskonzept

Entwicklung als ein lebenslanger Prozess ist gekennzeichnet durch die Interaktion des aktiv handelnden Individuums mit seiner Umwelt in verschiedenen ökologischen Kontexten. Infolge von biologischen Veränderungen, kognitiven Entwicklungsfortschritten sowie gesellschaftlich und kulturell bedingten Anforderungen wird das Individuum im Laufe seines Lebens mit neuen Aufgaben und Herausforderungen konfrontiert. Diese *Entwicklungsaufgaben* sind oftmals verbunden mit Übergängen innerhalb ökologischer Systeme (Familie-Kindergarten, Kindergarten-Schule), aber immer gekennzeichnet durch Veränderungen im sozialen Umfeld, in der Art der Anforderungen und Erwartungen sowie der Neudefinition von Zielen und Bedürfnissen. Diese Veränderungen, die in der Regel für einen bestimmten Lebensabschnitt vorhersehbar sind und damit normative Lebensereignisse darstellen, aber auch die sogenannten *kritischen* oder irregulären Lebensereignisse gelten unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten als Moderatorvariablen und konstitutive Merkmale der ontogenetischen Entwicklung. Damit werden Lebensereignisse primär konzipiert als Veränderungen in der Lebenssituation des Individuums, die eine Neuanpassung des Verhaltens notwendig machen. "*Krise*" enthält damit zunächst nur die Konnotation von Entscheidung, als entscheidender Punkt oder auch Abschnitt im Verlauf einer Entwicklung. Erst wenn das Individuum in der Auseinandersetzung mit dem Ereignis überfordert ist, bekommt es den Charakter eines Stressors mit potentiell pathogener Wirkung.

Für den klinischen Bereich stellt sich die Frage nach den Modalitäten, die eine erfolgreiche Bewältigung einer veränderten Lebenssituation bedingen und in einem zweiten Schritt nach den Faktoren, die als entwicklungshemmend angesehen werden müssen. Da sich der gesamte Entwicklungsprozess in einem ökologischen Kontext vollzieht, können stützende wie pathogene Faktoren nur im Sinn eines Mehrebenenmodells erfaßt werden. Erst eine umfassende Analyse aller an der Komplexität von Lebenssituationen beteiligten Elemente erlaubt eine Festlegung negativer Einflussgrößen und zugleich die Konzipierung stützender Maßnahmen, die das Individuum befähigen, kritische Lebenssituationen zu meistern. Eine grobe Klassifizierung unterscheidet zwischen den personimmanenten oder individuellen psychologischen Faktoren und den Umgebungsbedingungen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene, mit denen das Individuum konfrontiert wird. Da die beiden Variablen im Entwicklungsgeschehen ineinandergreifen werden sie in ihrer Verwobenheit betrachtet. Nach WYGOTSKI 1978 ist ein entscheidendes Kriterium für die Entwicklungsmotivation,

d.h. für den Wunsch sich neuen Aufgaben und Anforderungen zu stellen, die *Zone der proximalen Entwicklung*, die definiert ist als die Distanz zwischen dem aktuellen Entwicklungsstand des Kindes, Probleme selbständig lösen zu können und der potentiellen Fähigkeit, Herausforderungen mit Hilfe von Erwachsenen, älteren Freunden, Geschwistern etc. zu bewältigen. Durch diese Istwert-Sollwert-Diskrepanzen, diesen Reiz des gerade noch Erreichbaren erhält das Kind den inneren Schub, die Motivation die den Entwicklungsprozess anstößt, aufrechterhält und den Erwerb neuer und komplexer Fähigkeiten fördert.

Die Entstehung dieser grundlegenden Motivationszustände, die den Erwerb neuer Kompetenzen und Erfahrungen zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben steuern, wird anhand HECKHAUSENs 1977 sehr einfachem Prozessmodell der Motivation (Abb. 9) analysiert. Demnach untergliedert sich jede (Entwicklungs-) Handlung in die fünf Schritte Aufforderung (Anregungsbedingungen der Situation), Motivierung (resultierende Handlungstendenz), Ausführung, Selbstbewertung und weitere Konsequenzen. Das folgende Konzept stellt die dem Entwicklungshandeln zugrundeliegenden Prozesse und Einflussgrößen auf die Handlungsorganisation differenziert dar, um die Bedingungsfaktoren einer ungestörten Entwicklung mit besonderer Fokussierung auf die Relevanz der Kontrollüberzeugungen für entwicklungsförderndes Handeln abzuleiten.

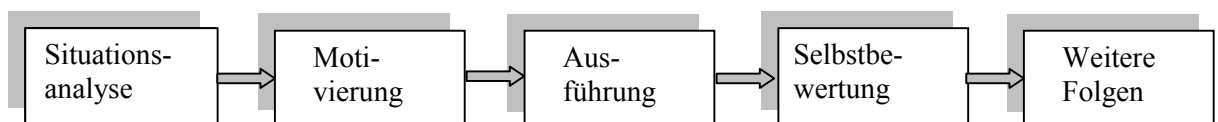


Abb. 9 Handlungsverlauf in Anlehnung an HECKHAUSEN (1977, 152 ff)

4.2. Prozessvariablen von Entwicklungshandeln

4.2.1. Situationsanalyse

Im ersten Schritt kommen die Anregungsbedingungen der Situation d.h. deren Bewertung und Interpretation zur Geltung.

Die Situation ist nicht etwas objektiv in sich gegebenes, sondern vielmehr die Konstellation von Person, Aufgabe und Umwelt, die in ihrer wechselseitigen Realisation zu berücksichtigen ist. Die Analyse und Beurteilung einer Situation wird von den Wahrnehmungs- sowie kognitiven und affektiv-emotionalen Bewertungsprozessen der sich in der Situation befindlichen Person bestimmt. Das bedeutet, dass die Vorerfahrungen des Individuums die

Wahrnehmung, Kognitionen und Gefühle prägen und zu einer spezifischen Verarbeitung der Umwelt- und situativen Reize führen. In Abhängigkeit von der Wahrnehmung werden die Situationsaspekte unterschiedlich gewichtet und interpretiert, so dass das Individuum durch sein "So sein" erst die Situation ausmacht.

Bei der Situationsbewertung werden bedürfnis- und kompetenzbezogene Aspekte⁷⁵ relevant, dies insbesondere bei sog. "externen Anforderungen"⁷⁶, d.h. Forderungen die von der Umwelt an das Individuum herangetragen werden.

Bedürfnisbezogene Situationsbewertung

Die Ausführung und Bewältigung sog. externer Anforderungen, wie z.B. Stuhlkreissspiele im Kindergarten, setzen voraus, dass das Individuum diese Anforderungen annimmt und sie als subjektiv bedeutsam erlebt. Die Bedeutung, die das geforderte Ergebnis der Aufgabenbewältigung für die Person hat, bezeichnet man nach LEWIN 1926 auch als Valenz. Da viele Situationen thematisch vieldeutig sind, müssen sie erst in Korrespondenz mit eigenen Bedürfnissen gedeutet werden, d.h. man geht davon aus, dass eine Handlung durch die bedürfnisbezogene Situationsbewertung erst subjektive Bedeutsamkeit erhält. Die Valenz einer Situation ergibt sich aus der Kombination eines aus der Aufgabenstellung abgeleiteten Ziels mit einem situationsrelevanten Motiv. Handlungsmotive sind darauf ausgelegt, erwünschte Veränderungen in den Beziehungen eines Individuums zu seiner Umwelt oder zur eigenen Person herbeizuführen resp. unerwünschte Veränderungen zu vermeiden. Die Beziehungsänderungen betreffen soziale Beziehungen, die eigenen Handlungsmöglichkeiten, das eigene Selbstwertgefühl sowie das eigene Körperkonzept.

⁷⁵ Siehe dazu auch Arbeiten aus dem Sportbereich KÜHL/SCHULZ 1986, HACKFORT 1983

⁷⁶ LAZARUS 1995

Interaktionsbereiche	Beziehungsänderungen	
	erwünscht	unerwünscht
Soziale Interaktion	Verbesserung der sozialen Beziehungen	Verschlechterung der sozialen Beziehungen
Person - Umwelt Interaktion	Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten	Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten
Person - Selbst Interaktion	Erhöhung des Selbstwertgefühls	Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls
Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper	Verbesserung des Körpergefühls und -bildes	Verschlechterung des Körpergefühls und -bildes

Tab. 7 Interaktionsbereiche von Handlungsmotiven nach SCHULZ 1987, 84

Werden in einer Handlungssituation Motive angeregt, die dem Erreichen einer erwünschten Beziehungsänderung dienen, so spricht man auch von positiver Valenz. Negative Valenz dagegen impliziert das Vermeiden unerwünschter Beziehungsänderungen.

Kompetenzbezogene Situationsbewertung

Die kompetenzbezogene Situationsbewertung enthält die Entscheidung wie sicher das Individuum ist, die Anforderung erfolgreich bewältigen zu können. Eine realistische Kompetenzeinschätzung wird durch zwei Komponenten gefördert, die Eindeutigkeit und präzise Kenntnis der geforderten Anforderungen einerseits und das Konzept der eigenen Kompetenzen, die für die Bewältigung relevant sind andererseits.

Die Eindeutigkeit einer Aufgabe unterliegt zum einen Umgebungsbedingungen durch präzise Formulierung konkreter Anforderungen, aber auch durch die räumliche und materielle Gestaltung, die Assoziationen zu vertrauten Strukturen ermöglichen; zum anderen sind subjektive Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse entscheidend. Diese Einschätzung der eigenen Kompetenzen erfolgt auf der Grundlage früherer positiver und negativer Erfahrungen in strukturgleichen Situationen, die im Gedächtnis abgespeichert sind und bei

Bedarf abgerufen werden. Dieses Wissen über die Bewältigbarkeit von Situationsanforderungen sind die Kontrollerfahrungen und generalisiert die Kontrollüberzeugungen, die bereits in diesem frühen Stadium des Handlungsverlaufs wirksam werden und den Motivierungsprozess beeinflussen.

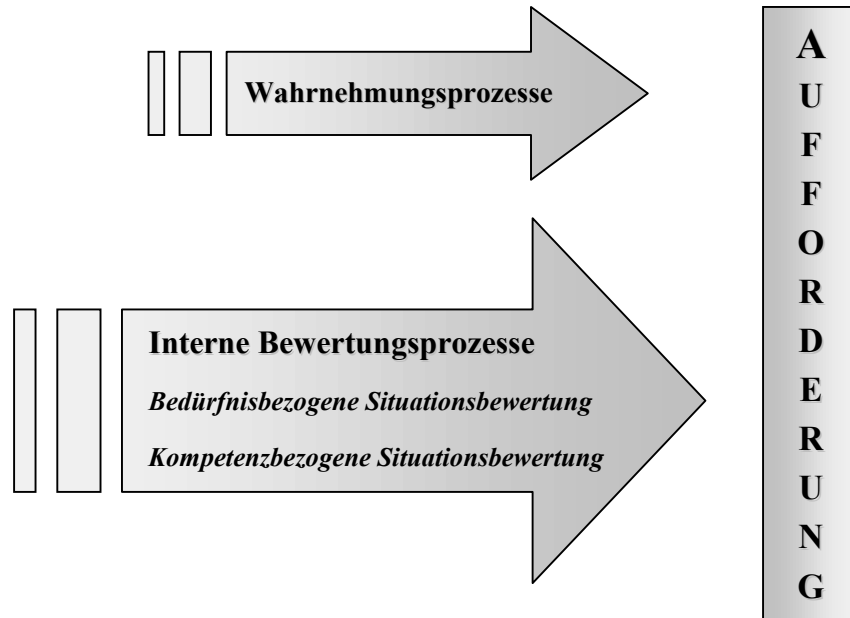


Abb. 10 Einflussfaktoren auf die Aufforderung

Der Aufforderungsgehalt der Situation initiiert einen Motivierungsvorgang, der sich in sehr verschiedene Richtungen entwickeln kann.

4.2.2. Motivierungsvorgang

In entwicklungsförderndem Sinn wird der Aufforderungsgehalt der Situation als Herausforderung erlebt, die mittels eigener Handlungsmöglichkeiten oder zielgerichteter Hilfestellungen gemeistert werden kann. Beim Kind entwickelt sich eine Erwartungshaltung, die von einer positiven Grundannahme hinsichtlich des Handlungsergebnisses geprägt ist und zur Befriedigung der angestrebten Beziehungsänderung führt. Dieser affektiv-emotionale Zustand kann als positiv erregt bezeichnet werden und mobilisiert die vorhandenen Handlungsmöglichkeiten und erforderlichen Modifikationen bestehender Fertigkeiten für die Ausführungsphase.

Im Motivierungsvorgang wird demzufolge ein überdauerndes Handlungsmotiv angeregt, das mit Erwartungen über unmittelbare (Selbstbekräftigung) und weitere Folgen (Fremdbekräftigung) der Handlung behaftet ist. Damit wird in der Regel das Leistungsmotiv (oder

Kompetenzmotiv) aktiviert, das durch zwei Motivtendenzen geprägt ist, der Hoffnung auf Erfolg (HE) und der Furcht vor Mißerfolg (FM).

Exkurs: Das Leistungsmotiv

Das Konzept des Leistungsmotivs geht auf ATKINSON 1964 zurück, der leistungsorientiertes Verhalten als Resultat eines inneren Konfliktes zwischen den Möglichkeiten, Erfolg zu haben oder Mißerfolg zu erleben, beschreibt. Das Ausmaß der antizipierten Gefühle bestimmt demnach die Entscheidung, leistungsorientiert zu handeln oder die Anforderungen zu meiden. In diesem Sinn ist Leistungsmotivation eine emotionale Disposition, welche die Fähigkeit charakterisiert, über erbrachte Leistungen Stolz zu erleben. Nach HECKHAUSEN 1966 sind die ersten emotionalen Reaktionen von Stolz resp. Scham über Erfolge/Mißerfolge im Alter zwischen 2 und 3 Jahren zu beobachten. In diesem Alter spricht man jedoch noch von Effektivitäts- oder Kompetenzmotivation, da nicht alle Kriterien leistungsorientierten Handelns⁷⁷ erfüllt sind. Erst mit der Internalisierung von Gütemaßstäben und der zunehmenden Differenzierung der Kausalattribution entwickelt sich die Leistungsmotivation. Die Ausbildung des Kompetenzmotivs wird nach WHITE⁷⁸ (Abb. 11) durch eigene Wirksamkeitserfahrungen gestärkt .

⁷⁷ Siehe Kapitel 3.4. und HECKHAUSEN 1977, 149f

⁷⁸ WHITE 1959 zitiert nach TODT 1979

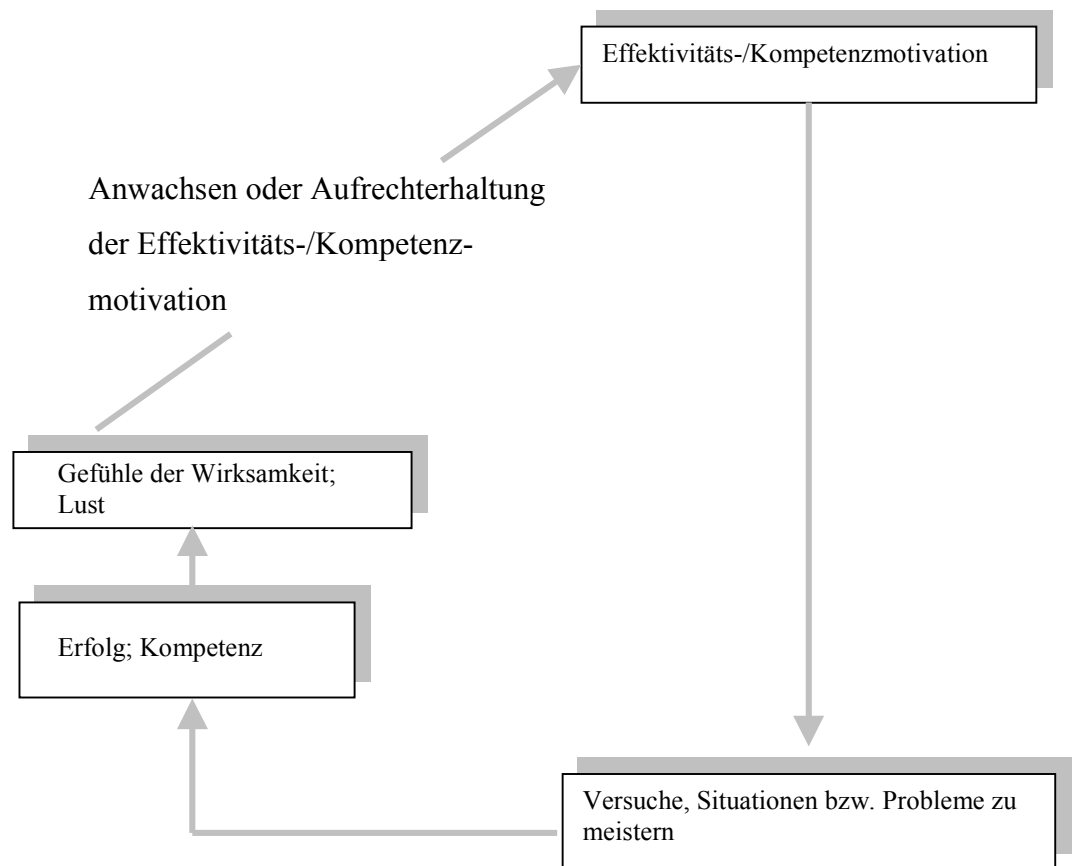


Abb. 11 WHITES Modell der Effektivitätsmotivation (TODT 1979, 190)

Die beiden Motivtendenzen *Hoffnung auf Erfolg* und *Furcht vor Mißerfolg* zwischen deren Polen die Entscheidung für oder gegen leistungsorientiertes Handeln erfolgt, lassen sich wie folgt charakterisieren.

Hoffnung auf Erfolg

Als die drei wesentlichen Komponenten dieser Tendenz werden das Leistungs- bzw. Erfolgsmotiv, die Erfolgswahrscheinlichkeit und der Anreiz des Erfolgs angesehen, die multiplikativ miteinander verknüpft sind. Die Erfolgswahrscheinlichkeit ist dabei als zukunftsgerichtete subjektive Einschätzung erwarteten Erfolgs zu verstehen, die auf früheren (Wirksamkeits-) Erfahrungen beruht. Das bedeutet je umfassender und positiver die erlebten Erfolge sind, desto größer ist die Erfolgswahrscheinlichkeit. Der Anreiz des Erfolgs wird einerseits durch die persönliche Valenz des Ergebnisses bestimmt und andererseits durch die Erfolgswahrscheinlichkeit. Anreizwert und Erfolgswahrscheinlichkeit stehen in einem reziproken Verhältnis zueinander. Je geringer die Erfolgswahrscheinlichkeit um so

höher ist der Erfolgsanreiz, bedingt dadurch, dass bei einem schwerer zu erreichenden Ergebnis intensiverer Stolz erlebt wird als bei einem leicht zu erreichenden.

Furcht vor Mißerfolg

Aufgrund vergangener Mißerfolge können negative emotionale Antizipationen ausgelöst werden, die als Furcht vor Mißerfolg das leistungsorientierte Handeln tendenziell bestimmen. Analog zur Hoffnung auf Erfolg werden bei dieser Tendenz die Faktoren das Motiv, Mißerfolg zu vermeiden, die subjektive Wahrscheinlichkeit sowie der negative Anreiz des Mißerfolgs als relevant betrachtet. Das Motiv Mißerfolg zu vermeiden steht in enger Verbindung mit dem Erleben von Scham bei Nichterreichen eines Handlungsziels, dabei ist das negative Gefühl stärker beim Mißlingen leichter Aufgaben als bei schwierigen. Die subjektive Wahrscheinlichkeit des Mißerfolgs gründet ebenfalls auf vergangenen (Mißerfolgs-) Erfahrungen.

Vorausgegangene Erfahrungen eigener Wirksamkeit sowie die Zuschreibung dieser Ergebnisse auf die eigene Person beeinflussen das Leistungsmotiv und damit die handelnde Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben. Hoch leistungsmotivierte sind dabei eher hoffnungsorientiert, während weniger leistungsmotivierte tendenziell furchtorientiert sind. In der wissenschaftlichen Forschung hat es zahlreiche Untersuchungen⁷⁹ über die Auswirkungen des Leistungsmotivs auf die Verhaltens- und Handlungssteuerung gegeben. Die für Erziehungs- und Interventionsprozesse wesentlichsten Ergebnisse beziehen sich auf die Aufgabenauswahl, das Anspruchsniveau, die Ausdauer sowie die Ursachenzuschreibung (Tab. 8). Unter dem Aspekt entwicklungsfördernder Bedingungen wird an dieser Stelle die Motivtendenz Hoffnung auf Erfolg differenziert betrachtet.

⁷⁹ Eine Übersicht siehe bei WEINER 1994

	Hoffnung auf Erfolg	Furcht vor Mißerfolg
Aufgabenauswahl	Aufsuchen von Leistungssituationen mit mittlerer Aufgabenschwierigkeit Positive Leistungserwartung	Meiden von Leistungssituationen Negative Leistungserwartung
Anspruchsniveau	Realistische Einschätzung	Unrealistische Einschätzung - Überforderung - Unterforderung
Ausdauer	Persistenz bei problemlösenden Aufgaben Kein Resignieren bei Erfolg	Persistenz bei routinemäßigen Aufgaben Resignieren bei Mißerfolg
Attribution	Selbstverantwortlichkeit für Erfolg und Mißerfolg Mißerfolg: Mangelnde Anstrengung oder Aufgabenschwierigkeit Erfolg: Fähigkeit, Anstrengung	Selbstverantwortlichkeit nur bei Mißerfolg Mißerfolg: Mangelnde Fähigkeit Erfolg: Glück, Aufgabenschwierigkeit

Tab.8 Bedeutung der Motivtendenzen HE/FM in Anlehnung an WESSLING-LÜNNEMANN 1983

Erfolgsorientierte bevorzugen Aufgaben mittlerer Schwierigkeit, die einen höheren diagnostischen Aussagewert über die eigene Leistungsfähigkeit haben als leichtere Aufgaben und gehen von einer höheren Erfolgswahrscheinlichkeit bei der Bewältigung einer Aufgabe aus. Eine Bestätigung ihrer positiven Leistungserwartung ergibt sich zumeist aus der realistischeren Selbsteinschätzung, dadurch dass den eigenen Kompetenzen angemessene Aufgaben ausgewählt werden. Der angestrebte und erwartete Erfolg bedingt zudem die ausdauernde Auseinandersetzung mit einer Aufgabe auch bei auftretenden Schwierigkeiten. Ein gravierender Unterschied zwischen Erfolgsorientierten und Mißerfolgsorientierten zeigt sich in der Ursachenzuschreibung für Erfolge resp. Mißerfolge. Erstere schreiben Erfolge ihrer eigenen Person zu und bestätigen damit ihr positives Selbstbild. Mißerfolge werden bei ihnen ebenfalls auf internale, aber variable Faktoren (Anstrengung) zurückgeführt, die das Individuum aufgrund der inhärenten Veränderungsmöglichkeiten handlungs-

fähig bleiben lassen.

Die Generierung des Leistungsmotivs bedingt in der Regel die handelnde Auseinandersetzung eines Individuums mit den Aufgaben der Umwelt, deren Bewältigung einerseits zur Entwicklung der Handlungskompetenz und andererseits zur Ausbildung des Fähigkeitskonzepts beiträgt.

4.2.3. Handlungsausführung

In einem nächsten Schritt des Motivierungsprozesses führt das handlungsbestimmende Motiv zur Handlungsausführung, die entweder in der adäquaten Bewältigung der Aufgabe oder in einer alternativen Vermeidungsstrategie mündet.

In HECKHAUSENs Modell (1977, 156) ist die Phase der Ausführung primär vom Handeln, weniger von kognitiven Zwischenprozessen bestimmt. In der alltäglichen Praxis werden jedoch immer wieder Diskrepanzen zwischen der vorliegenden hohen Motivation, vorhandenen Kompetenzen und der letztendlich ausgeführten Handlung beobachtet, die nach KUHL 1980 den Schluss zulassen, dass es zusätzliche vermittelnde Prozesse gibt, welche die beabsichtigte Handlung kontrollieren. Die auch für die psychomotorische Diagnostik relevante Fragestellung der Handlungskontrolle hat insbesondere in der Volitionsforschung Berücksichtigung gefunden.

KUHL 1980 hat mit seiner Theorie der Handlungskontrolle einen umfassenden Ansatz vorgelegt, der versucht, den hypothetischen Prozess, der zwischen Handlungsintention und deren Ausführung stattfindet, differenzierter zu betrachten. Das Ablaufschema (Abb. 12) nach KUHL verdeutlicht die vermittelnden Prozesse der Handlungskontrolle.

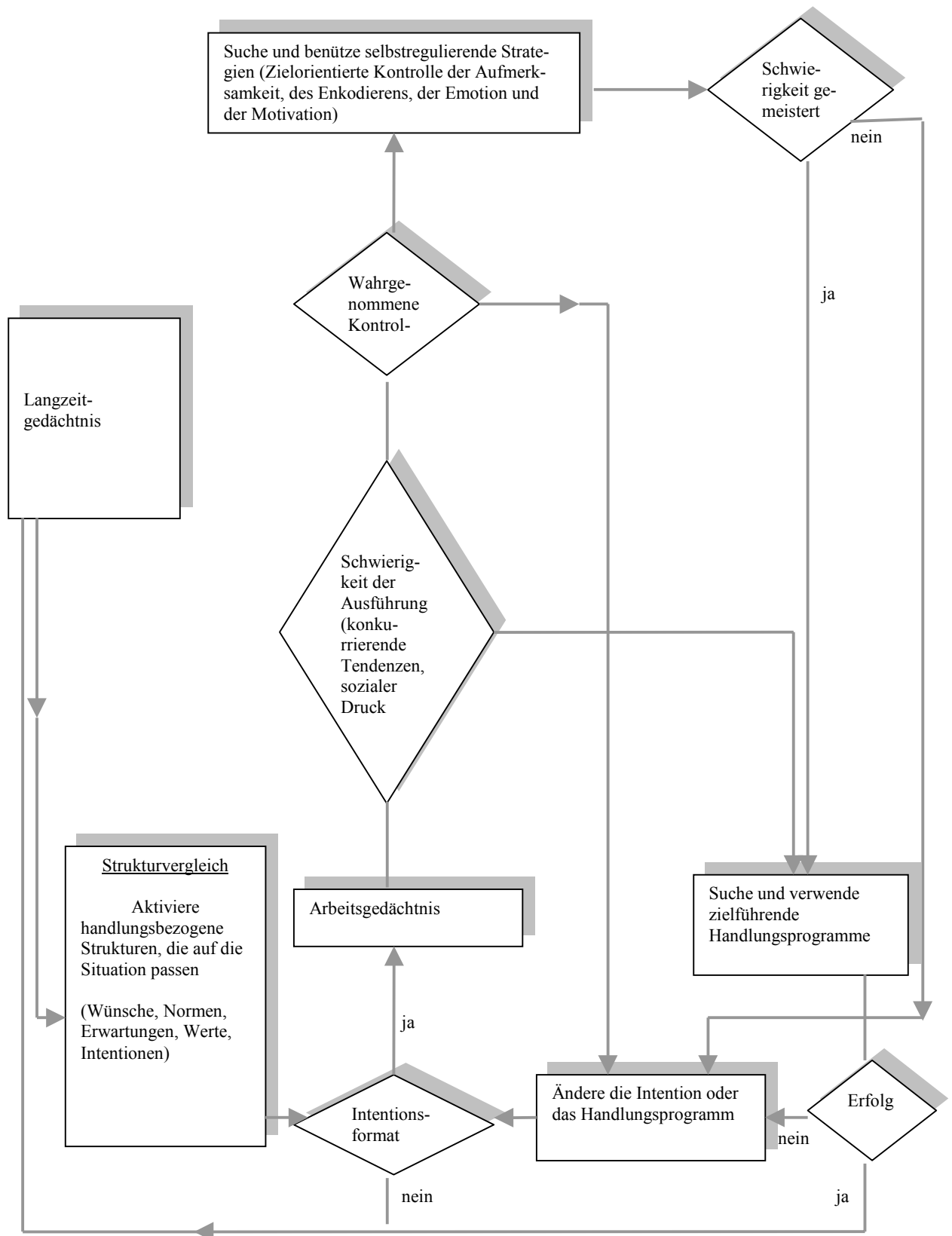


Abb. 12 Ablaufschema der Handlungskontrolle nach KÜHL 1989, 105

Zu Beginn jeder Handlung werden aus dem Langzeitspeicher die handlungsbezogenen Strukturen abgerufen, die für die momentane Situation relevant sind. So werden Wünsche, Normen, Erwartungen und Werte aktiviert. Haben diese Strukturen Intentionsformat, so werden sie ins Arbeitsgedächtnis transferiert. Sind Schwierigkeiten zu überwinden und ist der Handelnde davon überzeugt, die Schwierigkeiten mittels eigener Kompetenzen bewältigen zu können, kommen einzelne Kontrollstrategien zum Einsatz. Andernfalls muss die Intention oder das Handlungsprogramm geändert werden. In diesem Bewertungsprozess spielen die Kontrollüberzeugungen (wahrgenommene Kontrolle) eine entscheidende Rolle. Für die eigentliche Handlungskontrolle sind nach KUHL jedoch nicht allein die wahrgenommenen Kompetenzen, sondern die tatsächliche Fähigkeiten, die eine Person einsetzt, von Bedeutung resp. bestimmen die Qualität der Aufgabenbewältigung.

Als wesentliche Determinanten der Handlungskontrolle differenziert KUHL zwischen situationsbezogenen und personengebundenen Faktoren. Auf der Seite der personengebundenen Variablen werden zwei Kontrollmodi aufgeführt, die als *Handlungsorientierung* versus *Lageorientierung* den Prozess bestimmen.

Handlungs- und Lageorientierung

Der Einfluss dieser Modi wird deutlich, wenn man - an dieser Stelle in verkürzter Form⁸⁰ - die Determinanten des Prozesses der Handlungskontrolle betrachtet. Als bestimmende Faktoren für eine effektive Handlungskontrolle werden angesehen:

- ◆ *Selektive Aufmerksamkeitszuwendung* auf diejenigen Hinweisreize, welche die intendierte Aktivität stützen und Ausblendung all der Reize, die nicht-intendierte Aktivitäten fördern
- ◆ *Sparsame Informationsverarbeitung*, indem entbehrliche, nicht relevante Informationen vernachlässigt werden
- ◆ *Anregung von Affekten*, welche die Handlung erleichtern.

Sind diese Variablen gegeben, dann können nach KUHL die vier für die Handlungskontrolle relevanten kognitiven Elemente aktiviert werden:

- ◆ Kognitionen über die gegenwärtige Lage
- ◆ Kognitionen über eine beabsichtigte (zukünftige) Lage

⁸⁰ Ausführliche Darstellung bei KUHL 1983, 82ff

- ◆ Kognitionen über eine Diskrepanz zwischen gegenwärtiger und zukünftiger Lage sowie
- ◆ Handlungsalternativen, die die gegenwärtige in die zukünftige Lage überführen können.

Handlungsorientierung ist dadurch gekennzeichnet, dass alle vier Elemente in der kognitiven Aktivität enthalten sind. Die differenzierte Analyse der situativen und persongebundenen Bedingungen sowie der realisierbare Abruf vorhandener oder modifizierter Handlungsmuster ermöglichen eine angemessene Ausführung der intendierten Handlungspläne und damit die Bewältigung der Anforderung.

4.2.4. Selbstbewertung

Der nächste Schritt im Handlungsverlauf ist die Selbstbewertung der ausgeführten Handlung, die durch zwei Prozesse, den Vergleich mit einem allgemeinen *Gütestandard* und die Orientierung am eigenen *Anspruchsniveau*, bestimmt wird.

Der allgemeine Gütestandard beschreibt Merkmale und Anforderungen, die für eine bestimmte Personengruppe (z.B. Vorschulkinder) gelten und sich an gängigen Erwartungen und Normen orientieren (z.B. 6 - Jährige fahren Fahrrad ohne Stützräder).

Das eigene Anspruchsniveau, das den Schwierigkeitsgrad einer Leistung, die sich ein Individuum selber setzt, beschreibt, wird im Wesentlichen von Erfolgs- resp. Mißerfolgserwartungen geprägt. Vorausgehende Erfolgserfahrungen und positive Kontrollüberzeugungen lassen das Anspruchsniveau ansteigen, während Mißerfolgserfahrungen und mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten es eher sinken lassen. Das Anspruchsniveau steht in engem Zusammenhang mit dem tatsächlichen Leistungsniveau, je höher die eigenen Fähigkeiten, desto mehr steigt auch das Anspruchsniveau.

Die Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit führt nach MEYER 1976 zu einer Anstrengungskalkulation, d.h. ist die Aufgabenschwierigkeit sehr hoch, strenge ich mich sehr an und erleide dennoch Mißerfolg, besteht die Gefahr der Selbstverletzung. Daraus könnte die Konsequenz resultieren, sich weniger anzustrengen, damit Mißerfolg mit geringer Anstrengung und nicht mit mangelnder Fähigkeit bewertet werden kann und somit das eigene Selbstwertgefühl nicht zu sehr beschädigt wird.

Als Bewertungskriterium gilt jedoch nicht allein die Einschätzung erfolgreiche versus nicht erfolgreiche Aufgabenbewältigung, sondern die Zuschreibung, wer für den Erfolg resp.

Mißerfolg verantwortlich ist, die Kausalattribution, die in Kapitel 1.2.2. ausführlich dargestellt worden ist.

Im alltäglichen Handeln dient die Ursachenzuschreibung dazu, eigenes und fremdes Verhalten zu erklären. Die Konsequenzen, die sich aus der Attribution ergeben, beziehen sich demnach einerseits auf den *intrapersonellen* Bereich und dabei als einem wesentlichen Aspekt auf die Leistungsmotivation und andererseits auf den *interpersonellen* Bereich, das Agieren in sozialen Bezügen. Im Rahmen dieser Arbeit ist der erste Bereich für das Kontrollerleben von zentraler Bedeutung, aber auch der zweite Aspekt ist insbesondere unter Interventionsaspekten (Gruppenzusammensetzung, Elternverhalten) relevant.

4.2.4.1. Intrapersonale Konsequenzen

Die Konsequenzen, die sich aus der Kausalattribution ergeben, sind einerseits kognitiver andererseits affektiver Art.

Auf der Grundlage der Theorie der Leistungsmotivation, die *Erwartung* (subjektive Erfolgswahrscheinlichkeit), *Anreiz* (Valenz von Erfolg und Mißerfolg) und *Motiv* (Erfolg aufsuchen, Mißerfolg vermeiden) als bestimmende Faktoren des Leistungshandelns betrachtet, formuliert WEINER einen Einfluss der Ursachenzuschreibung auf alle drei Bedingungen, wie Abbildung 13 verdeutlicht.

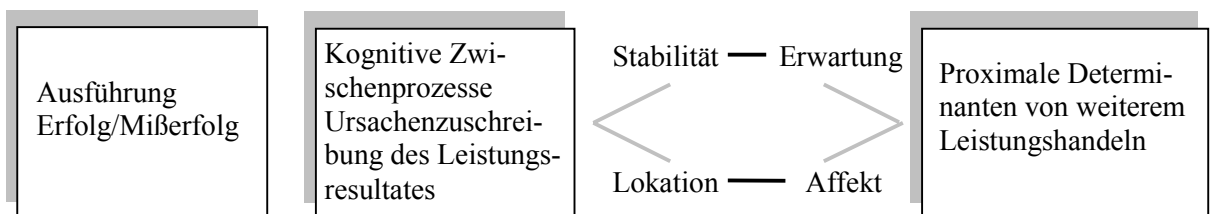


Abb. 13 Einfluss der Ursachenzuschreibung auf das Leistungshandeln (in Anlehnung an WEINER et al. 1971)

Nach der erfolgreichen bzw. der nicht erfolgreichen Handlungsausführung kommen kognitive Zwischenprozesse in Form von Kausalattributionen des Handlungsergebnisses zum Tragen. Die *Stabilität* der für das Handlungsergebnis verantwortlichen Ursache prägt die folgenden Erwartungen bzgl. der Bewältigung neuer Aufgaben. WEINERs Hypothese, dass Erfolge, die auf stabile Ursachen zurückgeführt werden, sich positiv auf die weitere Erfolgserwartung auswirken und Mißerfolge, die ebenfalls mit stabilen Ursachen erklärt werden, die Erwartungshaltung bzgl. der Aufgabenbewältigung negativ beeinflussen,

konnte in Untersuchungen von MEYER (1973) bestätigt werden. In extremer Ausprägung kann die Erklärung negativer Ereignisse mit stabilen Ursachen zu Resignation, Angst und Hoffnungslosigkeit führen.⁸¹

Die Zuschreibung auf internale bzw. externale Ursachen (*Lokation*) bestimmt den Grad des Affektes im Zusammenhang mit dem Erfolg/Mißerfolg. Werden Erfolge oder Mißerfolge mit internalen Ursachen begründet, sind selbstwertbezogene positive wie negative Affekte die Folge. Neben den in der Leistungsmotivationstheorie gängigen Emotionen von Stolz bzw. Scham benennt WEINER 1986 weitere Affekte⁸² wie Ärger, Dankbarkeit und Schuldgefühle, die er insbesondere der Kontrollierbarkeitsdimension zuordnet. Liegen die Ursachen für negative Ergebnisse in äußeren Bedingungen, die man nicht kontrollieren kann, erlebt man Ärger (z.B. Störungen durch andere) handelt es sich hingegen um positive Ereignisse, löst dies Dankbarkeit aus (Hilfestellung durch andere). Schuldgefühle treten auf, wenn Mißerfolge auf interne kontrollierbare Bedingungen zurückzuführen sind (mangelnde Anstrengung). Auf kognitiver Ebene führen die Zuschreibungen dann zu Veränderungen der Zielerwartung im Sinne von Verschiebungen des Anspruchsniveaus.

Die Kausalattribution nach einer ausgeführten Handlung und die damit verbundenen *Affekte* und *Erwartungen* beeinflussen, wie oben ausgeführt, die wesentlichen Komponenten leistungsmotivierten Handelns und damit das weitere Verhalten.

Besondere Aufmerksamkeit wurde dabei auf die Einflüsse der Kausalattribution auf die Aufgabenauswahl und die Persistenz bei der Lösung von Aufgaben gerichtet. Auf der Grundlage der attributionstheoretischen Annahmen, sollten Individuen in der Regel mittelschwere Aufgaben auswählen, da deren Bewältigung resp. Nichtbewältigung differenzierte Rückschlüsse auf die eigene Leistungsfähigkeit zulassen und weniger durch Aufgabencharakteristika bestimmt sind. MEYER et al. 1976 konnten diese Hypothese in Untersuchungen bestätigen. Eine weitere Annahme, dass die Persistenz bei der Lösung von Aufgaben mit der Stabilitätsdimension korreliert, konnte MEYER 1973 ebenfalls nachweisen. Werden anfängliche Mißerfolge mit variablen Ursachen erklärt, besteht die Möglichkeit einer Veränderung, die in einer höheren Anstrengungsbereitschaft mündet. Werden hingegen stabile Faktoren als Ursachen angenommen, ist die Erfolgswahrscheinlichkeit gering und damit auch die Bereitschaft, sich weiter anzustrengen.

⁸¹ Konzept der erlernten Hilflosigkeit nach SELIGMAN 1999

⁸² Ausführliche Dokumentation der Arbeiten zu Attribution und Emotionen bei WEINER et al. 1978

4.2.4.2. Interpersonale Konsequenzen

Die Ursachenzuschreibung beeinflusst nicht nur das eigene Erleben und Verhalten, sondern steuert auch das Erleben von Handlungen anderer und damit das eigene Verhalten gegenüber anderen Personen der Umwelt. Im therapeutischen Prozess trete ich als Therapeutin in Beziehung zum Kind und zu seinen Eltern, erlebe Eltern-Kind-Bezüge, in denen Verhaltensbewertungen und reaktive Verhaltensweisen eine entscheidende Rolle spielen. Das eigene therapeutische Handeln ist in Bezug auf die Folgen von Zuschreibungen zu reflektieren und zugleich sind Attributionen in der Eltern-Kind-Interaktion Thema beratender Elterngespräche. Für die zwischenmenschliche Interaktion von besonderer Bedeutung sind die Konsequenzen von Attributionen auf das Sanktionsverhalten, das Hilfeverhalten und die interpersonalen Emotionen. Das Sanktionsverhalten, das Loben oder Tadeln für eine ausgeführte Handlung, wird im Wesentlichen durch die Kontrolldimension beeinflusst. Gehe ich in meiner Bewertung davon aus, dass die betreffende Person für den Erfolg/Mißerfolg zuständig ist, bzw. ihn kontrollieren kann (Faktor Anstrengung) werde ich verstärkt loben oder tadeln (WEINER/KUKLA 1972). Ebenso wird das Hilfeverhalten durch die Einschätzung der Kontrollierbarkeit durch die betreffende Person geprägt. Wird eine mißliche Lage als selbstverschuldet beurteilt, erfolgt in der Regel weniger Hilfestellung als bei unkontrollierbarer mißlicher Lage (WEINER 1980 a, b).

Unter gruppendynamischen Aspekten sind interpersonale Emotionen (WEINER 1992) von Bedeutung. Hält man kontrollierbare Gründe für den Auslöser eines bestimmten Verhaltens, so löst dies beim Gegenüber Ärger, mitunter Aggressionen aus, während nicht kontrollierbare Ursachen eher Mitleid hervorrufen. Ein Zuschreibungsmechanismus, den wir alle häufig im Alltag unbewusst realisieren, indem wir z.B. Gründe für Entschuldigungen dem unkontrollierbaren Bereich entnehmen, um dem Ärger des Anderen zu entgehen. STADLER et al. 1997 untersuchten, inwieweit bereits Vorschulkinder in der Lage sind, zwischen absichtlicher und unabsichtlicher Schädigung durch andere zu unterscheiden und inwieweit diese Zuschreibung in Vergeltungssituationen das Erleben und Verhalten beeinflusst. Bereits frühere Untersuchungsergebnisse hatten die Vermutung nahegelegt, dass die von PIAGET angenommene Altersgrenze von ca. 10 Jahren, ab der frühestens unterschiedliche Beurteilungsdimensionen erkannt werden, nach unten korrigiert werden muss. Die Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass bereits Kinder im Vorschulalter zwischen absichtlich intendierter und unabsichtlicher Schädigung differenzieren können und sich die Zuschreibung auf kontrollierbare Handlungen förderlich auf Ärger und aggressive Verhal-

tenstendenzen auswirkt. Diese Erkenntnis sollte in der Gruppenstruktur und im Gruppen-geschehen Berücksichtigung finden, da auch Attributionsfehler innerhalb der Gruppe zu Störungen und aggressiven Verhaltensweisen führen können. Die in der Therapeut-Klient aber auch innerhalb von therapeutischen Gruppen geäußerten Attributionen über das Ver-halten eines anderen haben einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Fähigkeitseinschät-zung des Einzelnen.

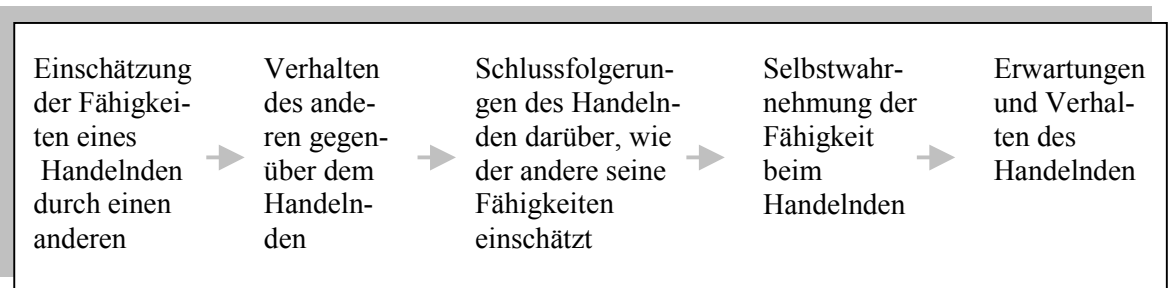


Abb. 14 Indirekte Kommunikation von Fähigkeitseinschätzungen und die dadurch in Gang gesetzten Schlussfolgerungsprozesse (nach MEYER, 1984, 164)

Lob nach Erfolg, unerbetene Hilfe, Mitleid nach Mißerfolg und das Zuweisen leichter Aufgaben vermitteln dem Handelnden das Gefühl, dass er als relativ unbegabt wahrgenommen wird, während Ärger und Tadel nach Mißerfolg, das Zuweisen schwieriger Aufgaben und das Unterlassen unerbetener Hilfestellung der handelnden Person eine hohe Einschätzung der Fähigkeiten signalisieren.

4.2.5. Weitere Folgen

Die weiteren Folgen der Handlung werden bereits im Motivierungsvorgang gedanklich vorweggenommen und erfahren nach der Handlungsausführung ihre Bestätigung oder Falsifizierung. Das Ergebnis bezieht sich auf unmittelbare und weitere Folgen. Die unmittelbaren Folgen sind die aus dem Bewertungsprozess abgeleiteten Erkenntnisse über die eigene Person und die eigene Leistungsfähigkeit, die sich bei erfolgreicher Aufgabenbewältigung und internaler Kausalattribution in einer Stärkung der Kontrollüberzeugungen und des Selbstwertgefühls niederschlagen. Die weiteren Folgen sind die aus der Umwelt entgegengebrachten Zuschreibungen und Bewertungen durch Eltern, pädagogische Bezugspersonen oder Freunde, in denen Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Person zum Ausdruck kommen und die teilweise instrumentellen Wert für die Bewältigung weitergehender Ziele haben.

Die Erfahrung und kognitive Repräsentanz erfolgreicher Aufgabenbewältigung führt zu persönlicher Zufriedenheit und eröffnet aufgrund positiv erlebter Handlungskompetenz die Basis für die weitere Motivation bei der Lösung anstehender (Entwicklungs-) Aufgaben. In diesem Rahmen wirken Kontrollüberzeugungen als eine Moderatorvariable der Verarbeitung kritischer Lebensereignisse, indem sie die Bewältigung der daraus resultierenden Entwicklungsaufgaben determinieren.

Wie und bedingt durch welche Einflussgrößen es zu Krisen im Entwicklungsprozess kommen kann, verdeutlicht das vorliegende Störungskonzept.

4.3. Störungskonzept

Die Entwicklung und Darstellung eines therapeutischen Konzeptes setzt das Vorhandensein eines Störungskonzeptes voraus, von dem sich die Interventionsmaßnahmen ableiten lassen. Für die vorhandenen Ansätze psychomotorischer Therapie ist ein umfassendes Konzept bislang nicht vorgelegt worden, vielmehr wurden einzelne Aspekte (Motorik, Wahrnehmung) betrachtet, die dann empirisch untersucht wurden (KESSELMANN 1989, RETH-SCHOLTEN 1989). Eine komplexere Analyse handlungsregulierender, psychischer Entwicklungsbedingungen wird zwar immer wieder eingefordert (PETZSCHE 1996), wurde bislang jedoch nicht durchgeführt.

Die vorliegende Konzeption stellt einen ersten Versuch dar, ein Störungskonzept auf der Basis entwicklungshemmender Faktoren zu entwickeln. Je präziser die Kenntnisse über die ablaufenden Regulationsprozesse und ihre Störungen sind, um so differenzierter können die therapeutischen Interventionsstrategien eruiert und gezielter und damit wirkungsvoller eingesetzt werden. In die Konzeption fließen Aspekte ein, die bereits im Rahmen anderer Theorien und therapeutischer Ansätze diskutiert und zum Teil empirisch belegt worden sind. Von daher ergeben sich Überschneidungen mit anderen kindertherapeutischen Ansätzen wie beispielsweise der klientenzentrierten Spieltherapie (SCHMIDTCHEN 1999). In der vorliegenden Fassung stellt die Verknüpfung einzelner Aspekte motivationaler, kognitiver und emotional-affektiver Handlungsbedingungen für eine identitätsbildende Entwicklung einen ersten Entwurf eines Störungskonzeptes dar, das im Rahmen weiterführender Untersuchungen einer empirischen Bestätigung bedarf. Die ausgewählten Kasuistiken weisen einen ersten Schritt in diese Richtung auf.

Werden kritische Lebensereignisse, welche die Übernahme neuer Rollen und die Veränderung vorhandener Strukturen erfordern, als Ausgangspunkt der Entwicklung betrachtet, dann ist das Paradigma von *Entwicklung durch Bewältigung* handlungsleitend. Grundlage der Überlegungen ist die Annahme, dass Krisen im Sinne bedeutsamer, über die Alltagserfahrungen hinausgehende Ereignisse eine Herausforderung für das Individuum darstellen, dadurch, dass die vorhandenen Handlungsschemata den Anforderungen nicht mehr genügen und neue Bewältigungsstrategien erarbeitet werden müssen. Nimmt das Individuum diese Herausforderung an und kann es mit Hilfe sozialer Stützsysteme neue Fähigkeiten aufbauen, ist eine erfolgreiche, selbstbegründende Lösung der Entwicklungsaufgabe die Konsequenz. Kritische Lebensereignisse werden damit Ausgangspunkt für Prozesse des Neuaufbaus und für das weitere Wachstum, d.h. Krisen sind ein integraler und zentraler

Bestandteil der Entwicklung, deren Ziel es ist, Individuen zur erfolgreichen Auseinandersetzung mit Lebensereignissen zu befähigen.

Verfügt das Individuum aber nicht über entsprechende Bewältigungs- oder Copingstrategien, ist das psychische Gleichgewicht im Sinne von Wohlbefinden und Selbstakzeptanz gestört und Streß, psychopathologisches Verhalten sowie Fehlentwicklungen sind die möglichen Folgen.

Auf der Grundlage des ausgearbeiteten Entwicklungskonzepts werden die Störfaktoren aufgezeigt, die eine angemessene Bewältigung künftiger Entwicklungsaufgaben beeinträchtigen und damit negative Effekte für die individuelle Entwicklung auslösen.

Als zentrale Komponenten der Bewältigung werden die *individuelle Bewältigungsgeschichte* von vergangenen Lebensereignissen und die *Unterstützung*, die ein Individuum *durch seine soziale Umwelt* erfährt⁸³, angesehen. Obgleich beide Komponenten eng miteinander verzahnt sind und sich gegenseitig bedingen, müssen für eine zielgerichtete Interventionsmaßnahme die Störfaktoren für beiden Ebenen gesondert analysiert werden.

4.3.1. Die individuelle Bewältigungsgeschichte von Lebensereignissen

"Weder die Menge erfahrener bedeutsamer Ereignisse noch deren Qualität bestimmen die Richtung der Entwicklung eines Individuums, sondern dessen Umgang damit" (LÜTHI 1991, 7). Die Effekte kritischer Lebensereignisse werden durch die bisherige Erfahrungsgeschichte des Individuums bestimmt. Eine Aufgabe, ein Ereignis wird als Herausforderung und nicht als Bedrohung erlebt, wenn das Individuum bereits komplexe Lebenssituationen erfolgreich bewältigt hat und auf Ressourcen zurückgreifen kann. Dabei führt die erfolgreiche Bewältigungsgeschichte nicht nur zur Überzeugung Kontrolle zu haben, sondern erweitert zudem die individuellen Handlungs- und Verhaltenskompetenzen. Zugleich werden aufgrund der positiven und effektiven Erfahrungen im Umgang mit früheren Ereignissen, neue Situationen als ähnlich erlebt. Die Assoziation mit vertrauten Bedingungen verringert den psychischen Streß und die Handlungsunfähigkeit, indem vorhandene Handlungspläne abgerufen und/oder modifiziert werden können. Dies impliziert, dass die Krisenbewältigung ganz entscheidend von der subjektiven Bewertung des Ereignisses in Bezug auf den Anforderungsgehalt, die Valenz und die existierenden Kontrollmöglichkeiten abhängig ist. Demzufolge werden neue Lebensereignisse (Entwicklungsaufgaben) als bedrohlich und unlösbar angesehen, wenn das Individuum nicht über angemessene Kompe-

⁸³ DANISH/D' AUGELLI 1995

tenzen in den entsprechenden Teilaspekten des handlungspsychologischen Modells verfügt. Die folgende Übersicht (Tab. 9) verdeutlicht die potentiellen Störvariablen.

<i>Handlungsverlauf</i>		<i>Störfaktoren</i>	
Situationsanalyse	Situation enthält keine Informationen, die mit vertrauten Strukturen in Verbindung gesetzt werden können oder sie werden nicht als solche erkannt	Bedürfnisbezogene Situationsbewertung ergibt negative Valenz, d.h. Handlungsmotiv ist auf die Vermeidung unerwünschter Beziehungsänderungen ausgerichtet	Kompetenzbezogene Situationsbewertung enthält keine Hinweise auf verfügbare Kompetenzen die zur Bewältigung eingesetzt werden können
Motivierung	Intendiertes Ziel mit eigenen Ressourcen nicht erreichbar	Positive Beziehungsänderung wird nicht erwartet	Anreiz aller zu erwartenden unmittelbaren und weiteren Folgen zu gering
Ausführung	Kompetenzen zur Erreichung des Ziels nicht vorhanden	Handlungspläne können nicht generiert resp. modifiziert werden	Selektive Aufmerksamkeit und gezielte Informationsverarbeitung nicht möglich
Selbstbewertung	Aufgabe wird als nicht erfolgreich bewältigt erlebt	Ursachenzuschreibung des Ergebnisses auf interne Faktoren	Keine positive Selbstbewertung
Weitere Folgen	Unzufriedenheit aufgrund fehlender positiver Selbstbekräftigung	Bild des inkompetenten Selbst	Mangelnde Kontrollüberzeugungen bestimmen weitere Handlungsmotivation, Auseinandersetzung mit neuen Aufgaben

Tab. 9 Störfaktoren im Handlungsverlauf

Die für den **Aufforderungscharakter einer Situation** relevanten Merkmale werden durch die individuellen Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse aufgenommen und beurteilt. Handlungseinschränkungen können sich dabei aufgrund von Wahrnehmungsverzerrungen ergeben, denen gestörte neuropsychologische Verarbeitungsprozesse der Aufnahme, der

Analyse, des Vergleich sowie der Speicherung zugrundeliegen⁸⁴. Diese ebenso wie körperliche Funktionsbeeinträchtigungen müssen differentialdiagnostisch abgeklärt⁸⁵ werden. Da die Ergebnisse der persönlichen Wahrnehmungsleistung kein reales Abbild der Umgebung darstellen, sondern individuelle Konstruktionsprozesse die kognitive Repräsentation bestimmen, besteht die Gefahr, dass das Individuum die aktuelle Situation nicht mit vertrauten Strukturen in Verbindung setzen kann. Existieren keine Ähnlichkeiten zu bereits erlebten Ereignissen, wird der Zugriff auf gespeicherte Erfahrungen erschwert und die Situation als bedrohlich erlebt⁸⁶.

Die bedürfnisbezogene Situationsbewertung ergibt keine positive Valenz, dadurch dass nach Einschätzung des Individuums die Bewältigung der Aufgabenstellung nicht zu einer positiven Beziehungsänderung führt. Das aktualisierte Handlungsmotiv ist auf die Vermeidung unerwünschter Veränderungen und damit nicht vorrangig auf die Ausführung der Anforderung ausgerichtet. Die kompetenzbezogene Situationsbewertung liefert zudem aufgrund mangelnder Kontrollüberzeugungen keine Hinweise auf verfügbare Kompetenzen, die zur Bewältigung der Aufgabe eingesetzt werden können. Die Folgen dysfunktionaler Kontrollüberzeugungen für die Handlungsmotivation sind bereits bei jüngeren Kindern zu beobachten. WHITE 1959 konstatiert in seinem Modell der Effektivitätsmotivation die negativen Auswirkungen gehäuft erlebter Mißerfolge, die internal zugeschrieben werden und übermäßiger Unterstützung seitens der Bezugspersonen auf die Ausbildung des Kompetenzmotivs als Vorläufer des Leistungsmotivs.

Das Individuum sieht sich nicht in der Lage, mit Hilfe seiner eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten die Situation erfolgreich zu bewältigen (mangelnde Kontrollüberzeugung) und befürchtet zurecht das Auftreten unerwünschter Beziehungsänderungen wie z.B. keine Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten oder Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls. Der **Motivierungsvorgang** ist daher von einer geringen positiven Erwartung bezüglich der Zielerreichung geprägt. Vorausgegangene Erfahrungen mangelnder Wirksamkeit sowie die Zuschreibung dieser Ergebnisse auf die eigene Person beeinflussen das Leistungsmotiv und aktualisieren vermehrt *Furcht vor Mißerfolg*. Die Auswirkungen dieser Motivtendenz auf die Verhaltens- und Handlungssteuerung beziehen sich auf die Aufgabenauswahl, das Anspruchsniveau, die Ausdauer sowie die Ursachenzuschreibung⁸⁷.

Furchtorientierte neigen zu einer Unter- oder Überforderung bei der Wahl der Aufgaben,

⁸⁴ GRAICHEN 1993

⁸⁵ Zur Differentialdiagnose siehe Kap. 5.1.

⁸⁶ Siehe dazu auch DANISH/D'AUGELLI 1995

⁸⁷ Tab. 8, S. 117

was zu wenig relevanten Rückmeldungen in Bezug auf die eigene Leistungsfähigkeit führt und sie gehen von einer geringen Erfolgswahrscheinlichkeit aus. Probleme bei der Aufgabenbewältigung oder drohende Mißerfolge führen vermehrt zum Abbruch leistungsorientierter Handlungen und zur Bevorzugung routinemäßiger Abläufe. Ein gravierender Unterschied zwischen Erfolgsorientierten und Mißerfolgsorientierten zeigt sich in der Ursachenzuschreibung für Erfolge resp. Mißerfolge. Furchtorientierte attribuieren Erfolg mit externalen Ursachen, so dass sie daraus für sich keine positive Bekräftigung ableiten können. Mißerfolge werden hingegen auf stabile internale Ursachen (mangelnde Fähigkeit) zurückgeführt, die das negative Selbstbild bestätigen und zudem nur geringe Änderungsmöglichkeiten und Handlungsalternativen eröffnen.

Werden die eigenen Kontrollmöglichkeiten resp. vorhandenen Kompetenzen als zu gering eingeschätzt, steigt die Tendenz, die Handlung zu unterlassen. Hat die Situation für das Individuum aber eine hohe subjektive Bedeutung, so steigt der Druck, die Aufgabe dennoch zu bewältigen. Die daraus entstehende Motivationslage ist von diffuser Anspannung, geringer Mobilisierung der vorhandenen Leistungskapazitäten und der Bereitschaft bei Mißerfolg mit paradoxem Anspruchsniveau, Wechsel und belastenden Emotionszuständen zu reagieren, geprägt.

Exkurs: Das Anstrengungsvermeidungsmotiv

Anfang der 70er Jahre formulierte ROLLETT 1970 ein weiteres nicht unumstrittenes handlungsregulierendes Motiv⁸⁸, das Konstrukt der Anstrengungsvermeidung (AV). Obgleich dieses Konstrukt vorwiegend auf schulische Anforderungssituationen bezogen und operationalisiert ist, möchte ich näher darauf eingehen. Einerseits zeigen differenzierte Analysen des AV-Motivs⁸⁹, dass Handlungs-Ergebnis-Erwartungen als moderierende Variable angesehen werden und andererseits konnten bei den in der vorliegenden Arbeit dargestellten Kindern, die sich im Übergang vom Kinderarten zur Schule befanden, ähnliche Motivtendenzen angenommen werden.

Dieses Konstrukt wird als eigenständig zum Konstrukt des Leistungsmotivs angesehen und ist dadurch gekennzeichnet, dass keine Hoffnung auf erfolgreiche Realisierung besteht, wie dies selbst bei der Motivtendenz Furcht vor Mißerfolg noch vorhanden ist. Anstrengungsvermeidung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Betroffene aktiv Anforderungen vermeidet, die er selbst als unangemessen oder emotional belastend erlebt. Besondere Aufmerk-

⁸⁸ Kritik bei JOPT, 1982,1984

samkeit gilt dabei dem aktiven Handeln, um bestimmte Leistungen nicht zu erbringen. Diese Form der Aktivität hat nach ROLLETT einerseits eine schützende Funktion, indem sie vor Überlastung bewahrt, im Falle der Behinderung persönlicher Zielsetzungen und Entwicklungen wirkt sie jedoch hemmend und wird "behandlungsbedürftig". Als prägnante Erscheinungsformen anstrengungsvermeidenden Verhaltens werden zwei Arbeitsstile angesehen, die als *desorganisierter* und *apathischer* Arbeitsstil bezeichnet werden. Beim desorganisierten Arbeitsstil wird versucht, die geforderte Aufgabe möglichst schnell, aber auch oberflächlich zu erledigen, was auf Kosten der Qualität geht. Beim apathischen Arbeitsstil hingegen wird in einem vorgegebenen Zeitrahmen durch langsames, verzögerndes Arbeiten nur ein Teil der erforderlichen Aufgabe gelöst, so dass die Quantität nicht dem geforderten Standard entspricht.

Die Kritik, dass dieses Konstrukt sehr stark über ein Meßverfahren definiert ist, und es sich dabei primär um Ausreden von Kindern handelt, haben HELMKE et al. 1997 im Rahmen eines Projekts zur Erfassung von Intelligenz und Leistungsdaten in Verbindung mit der Erfassung motivationaler Daten und Lehrerbeurteilungen über die gesamte Grundschulzeit hinaus, zu relativieren versucht.

Analysen der inhaltlichen Gewichtung der einzelnen Items des AVT ergaben Bezüge zu einer Reihe von Komponenten des Motivationsprozesses (HELMKE/RHEINBERG 1996) wie z.B. geringer Aufforderungscharakter der Lernsituation, geringe Handlungs-Ergebnis-Erwartungen und Ursachenattribution. Die Auswertung der Projektdaten bekräftigte das Vorhandensein eines Anstrengungsvermeidungsmotivs, das mit ineffizientem, zögerlichem und vermeidungsorientiertem Lernverhalten einhergeht.

Im Gegensatz zu ROLLETTs summativem AV- Konzept schlagen HELMKE und RHEINBERG 1996 eine Differenzierung des Konzepts nach verschiedenen Formen motivational-volitionalen Lernbeeinträchtigungen vor. So konnte eine Gruppe von Schülern extrahiert werden, die aufgrund schulischer Überforderung wegen mangelnder Leistungsfähigkeit, geringe Handlungs-Ergebnis-Erwartungen aufwiesen und im Sinne entlastender Wirkung eine resignierende Anstrengungsvermeidung erkennen ließen. Für eine weitere Gruppe von Schülern lagen die Gründe für die Anstrengungsvermeidung eher in motivationalen Personvariablen wie mißerfolgsmotivierter Selbstunterschätzung, Tendenz zu la-georientierten Gedanken sowie beeinträchtigter Regulation des Arbeitsverhaltens.

⁸⁹ HELMKE&WEINERT 1997

Als Bedingungen für ungenügende Lernanstrengung werden wiederum drei Faktoren angenommen, die in allen Motivationsprozessen eine entscheidende Rolle spielen⁹⁰:

- ◆ *Anreizdefizit*, d.h. der Anreiz aller zu erwartenden direkten wie unmittelbaren Folgen scheint zu gering
- ◆ *Erwartungsdefizit*: es bestehen Zweifel, die geforderte Leistung mit eigener Anstrengung bewältigen zu können (geringe Handlungs-Ergebnis-Erwartung) oder dass die Ergebnisse einen persönlichen Wert haben
- ◆ *Regulationsdefizit*: die Erwartungen über ein angemessenes Arbeitsverhalten zu verfügen, sind gering.

Zusammenfassend zeigt der Motivierungsprozess, dass für die Generierung eines Motivs vorangegangene, generalisierte positive wie negative Erfahrungen bezüglich der eigenen Wirksamkeit einen entscheidenden Einfluss haben. In "abgeschwächter" Form bewirken geringe Kontrollerwartungen dass das Leistungsmotiv angeregt wird, die Mißerfolgsorientierung jedoch die geforderte Handlungsausführung in ihrer Qualität und auch Quantität beeinträchtigt. Verringern situative Bedingungen (z.B. schlechte schulische Passung) zusätzlich die Erwartung einer erfolgreichen Bewältigung bzw. sind mangelnde Kontrollüberzeugungen und Mißerfolgsorientierung als überdauernde Personvariablen verankert, sind Vermeidungsstrategien und fehlende Lern- und Leistungsanstrengung die Folge.

ROLLETT 1977 selber grenzt die Anstrengungsvermeidungsmotivation dahingehend charakteristisch von der Mißerfolgsmotivation ab, dass in bestimmten Situationen, in denen Furcht vor Mißerfolg dominiert, immer noch Erfolg als mögliches Resultat angenommen wird. Im Fall der Anstrengungsvermeidung wird die Möglichkeit eines erfolgreichen Resultats jedoch gänzlich ausgeschlossen. Mißerfolgsmotivierte, die höhere Anstrengungsvermeidungstendenzen zeigen, werden als auf dem Weg zum Anstrengungsvermeidungsmotiv betrachtet.

Da das persönliche Kontrollerleben resp. die Erwartung, Aufgaben mit eigener Anstrengung bewältigen zu können als moderierende Variable für das Entstehen von Anstrengungsvermeidungsverhalten angesehen wird, sind mögliche Ursachen in ähnlichen Bereichen zu suchen. Neben negativen Emotionen in Zusammenhang mit Leistungssituationen, Ängsten und frustrierenden Erfahrungen mit erbrachten Leistungen wird auch den Erfahrungen elterlicher Zuwendung besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

⁹⁰ HELMKE/RHEINBERG 1996, 218

Untersuchungen⁹¹ zu generierenden Faktoren des Anstrengungsvermeidungsmotivs belegen den Einfluss des elterlichen Erziehungsstils und insbesondere die Inkonsistenz elterlicher Reaktionen (bei Mädchen nur jene der Mutter) auf die Entwicklung des Motivs⁹². Als weitere Variablen werden die (zu) umfassenden Förderprogramme für Vorschulkinder im Kindergarten⁹³ sowie das pädagogische Engagement von Lehrern angesehen⁹⁴.

Auch in diesem Kontext wird der Einfluss aller beteiligten Ökosysteme auf die Entwicklung des Kindes deutlich.

Führt das generierte Motiv schließlich doch zur situationsspezifischen Motivation handelnd tätig zu werden, kann es auf der **Ausführungsebene** dadurch zu Störungen kommen, dass das Individuum nicht auf adäquate Handlungsmuster zurückgreifen kann. Das begrenzte oder unangemessene Handlungsrepertoire kann aus körperlichen Behinderungen, Funktionsbeeinträchtigungen (Koordinationsstörungen) oder mangelnden Erfahrungen aufgrund von Deprivation oder Vermeidungsverhalten resultieren. Auf der anderen Seite kann der Zugriff auf vorhandene Handlungspläne durch eine ausgeprägte Lageorientierung beeinträchtigt sein. Vielfältige zurückliegende mangelnde Kontrollmöglichkeiten und Mißerfolgserfahrungen haben zur Folge, dass die kognitiven Kapazitäten vermehrt auf die Betrachtung der Lage und weniger auf die Generierung vorhandener Kompetenzen gerichtet ist.

Abbildung 15 veranschaulicht im hypothetischen Prozess der Handlungskontrolle welche Bedingungen einen Zustand von Lage- bzw. Handlungsorientierung hervorrufen. Beide Kontrollmodi werden durch eine Interaktion von dispositionellen und situativen Voraussetzungen bestimmt.

⁹¹ GARTNER 1996, GARTNER/JIRASKO, 1996

⁹² Siehe dazu auch Kap. 1.2.8. zur Bindungstheorie

⁹³ ROLLETT /GASSER 1992

⁹⁴ KRETSCHMANN 1974

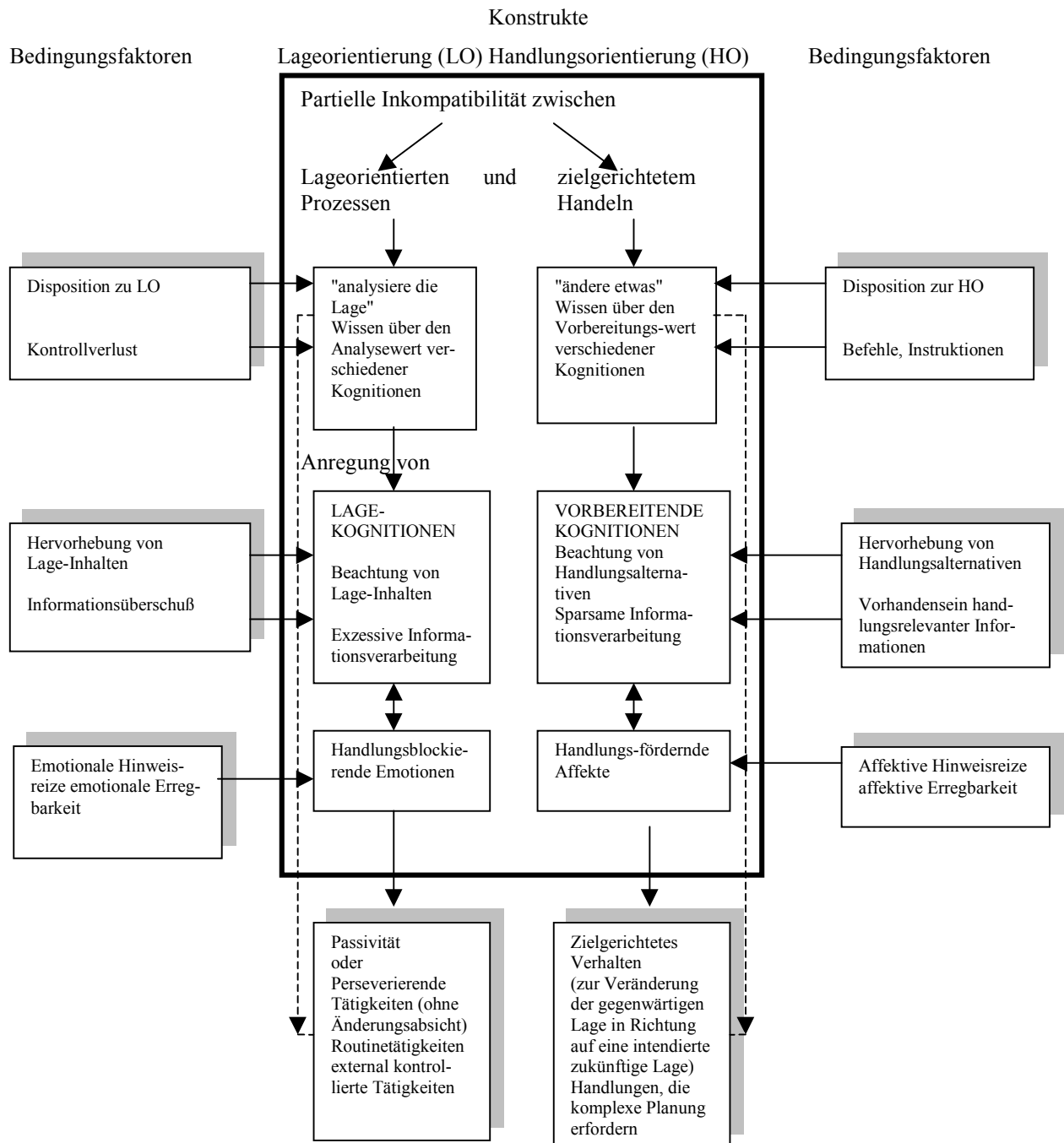


Abb. 15 Hypothetischer Prozess der Handlungskontrolle in Anlehnung an KÜHL 1983b

Kinder, die als vermehrt lageorientiert beschrieben werden, können ihre Aufmerksamkeit nicht auf die für die Aktivität notwendigen Hinweisreize zentrieren, sondern entnehmen der Situation verstärkt Lage-Inhalte. Eine exzessive Reizverarbeitung erschwert zusätzlich die Auswahl und Analyse handlungsrelevanter Informationen. Darüber hinaus blockieren

negative Affekte wie Angst oder hochgradige Erregung den Abruf relevanter Handlungsmuster. Diese Prozesse der Lage-Orientierung unterstützen nicht die Aktivierung von Handlungstendenzen, sondern blockieren zielgerichtetes Handeln. Eine lediglich schwach ausgeprägte Lageorientierung kann noch mit der Fortführung einer ablaufenden Handlung einhergehen. Dabei handelt es sich in der Regel aber um Routineabläufe oder external kontrollierte Aktivitäten.

Bei unbekannten Aufgaben und Anforderungen hingegen können die für die Handlungskontrolle relevanten Kognitionen über die gegenwärtige Lage, über die beabsichtigte Lage, über die Diskrepanz zwischen gegenwärtiger und zukünftiger Lage sowie über Handlungsalternativen nicht oder nur unzureichend aktiviert werden. Lageorientierung kann demnach bedeuten, dass eine Person sich ausschließlich auf die zukünftige Lage konzentriert ohne die gegenwärtige Situation zu berücksichtigen oder die gegenwärtige und zukünftige Lage berücksichtigt wird, darin aber keine Diskrepanz gesehen wird. Oder aber Diskrepanzen erkannt werden, aber keine Handlungsalternativen abgerufen werden können.

Fallbeispiel:

Der 6-jährige Simon geht auf eine Brettschaukel, die an den Seiten mit zusätzlichen Seilen gesichert ist; der Boden unterhalb der Schaukel ist mit dicken, blauen Weichböden ausgelegt. Simon dokumentiert in beeindruckender Weise seine Lageorientierung, indem er seine Gedanken permanent handlungsbegleitend verbalisiert. Im Folgenden die Transskription dieser Schaukelsequenz mitgeschrieben aus einer Videoaufzeichnung:

Simon hält sich während des Schaukeln am Brett fest." *Wenn ich da runterfalle, kann ich direkt auf die blaue Matter fallen. Aber ich kann mich auch an den Seilen hier festhalten*" Greift an die Seile. " *Aber die wackeln. Ich halte mich lieber wieder hier fest, das ist sonst gefährlich.* (kurze Pause) *Das ist gefährlich wenn man fällt; man kann mit dem Kopf auf die Steine fallen. Wenn ich runterfalle, kann ich mit dem Kopf auf den Boden fallen, da kann ich mir sehr weh tun. Wenn ich mit dem Kopf auf den Boden falle, dann blute ich. Ich muss aufpassen, dass ich nicht mit dem Kopf auf den Boden falle*".

Während Simons Gedanken um die möglichen Konsequenzen eines Fallens von der Schaukel kreisen, er aber gegenwärtige Sicherungsmaßnahmen erkennt, kann er Halte- resp. Sicherungsmaßnahmen nicht durchführen. Trotz guter motorischer Kompetenzen konnte er angemessene Handlungsalternativen nicht eruieren, kippte auf die Seite und wäre beinahe tatsächlich von der Schaukel gefallen.

Bezogen auf die kognitiven Elemente der Handlungskontrolle konnte in diversen Untersuchungen (KUHL 1983b) die Annahme bestätigt werden, dass Lageorientierte ihre Aufmerksamkeit schlechter auf die intendierte Handlung richten können, nur eine unzureichende Selektion der geforderten Informationen stattfindet sowie negative Emotionen wie Angst (siehe Fallbeispiel) die Handlungskontrolle erschweren.

Damit liefert das Konstrukt der Handlungskontrolle eine weitere Erklärung für eingeschränkte Handlungsaktivitäten des Individuums im Verlauf seines Entwicklungsprozesses, der durch die unzureichende Bewältigung anstehender Aufgaben beeinträchtigt wird, trotz vorhandener Motivation und Leistungsfähigkeit. Die reduzierte Aufmerksamkeit auf die handlungsrelevanten Informationen sowie die unzureichende Selektion relevanter Informationen verhindert, dass vorhandene Schemata entsprechend den veränderten Anforderungen modifiziert werden. Die Folgen einer ausgeprägten Lageorientierung sind einerseits ein fehlender Aufbau von Handlungsalternativen und damit eine Stagnation in der Kompetenzerweiterung und andererseits das Erleben von Nicht-Erreichen gestellter Aufgaben trotz potentiell vorhandener Kompetenzen, die mit negativen Kontrollerfahrungen und Kontrollverlust einhergehen. Diese Mißerfolgserfahrungen ihrerseits bestimmen im weiteren Verlauf die verminderte Aktivierung handlungsregulierender Informationen und die Steigerung lageorientierter Emotionen und Kognitionen.

Die differenzierte Darstellung der wesentlichen Einflussgrößen in KUHLS Konstrukt der Handlungskontrolle bietet bereits Ansatzpunkte für Interventionen, die sich auf die kognitiven Prozesse der Aufmerksamkeitssteuerung, der Informationsaufnahme und der Emotionen beziehen, die in Kapitel 6.2. ausführlicher dargestellt werden.

Im Prozess der **Selbstbewertung** wird infolge der unangemessen Handlungsausführung die Aufgabe als nicht erfolgreich bewältigt erlebt, im Extremfall sogar trotz vorhandener Kompetenzen, so dass eine positive Beziehungsänderung im Sinne einer Selbstbegründung als intendiertes Handlungsergebnis nicht eintritt. Entscheidend für die individuelle Bewertung des Erlebten und für die weitere Handlungsregulation ist die Zuschreibung des Ergebnisses auf internale oder externale Ursachen. Kinder, die Erfolge eher auf variable, externale Ursachen wie Zufall oder Aufgabenleichtigkeit zurückführen, Mißerfolge aber mit stabilen internalen Erklärungen begründen, sind in ihrer Erwartungshaltung von der Annahme geleitet, dass die erfolgreiche Bewältigung neuer Aufgaben nicht von ihren Fähigkeiten abhängt, vielmehr mangelnde Kompetenzen einen Mißerfolg sehr wahrscheinlich werden lassen. Diese Attributionen bzw. die gesamte individuelle Lerngeschichte des Indi-

viduums prägen das eigene Anspruchsniveau, d.h. vielfältige Mißerfolge, die auf interne Faktoren zurückgeführt werden, wirken sich langfristig in einer Verschiebung des Anspruchsniveaus hin zu sehr schweren oder sehr leichten Aufgaben aus. Dies hat wiederum zur Folge, dass wenig personrelevante Informationen aus den Handlungsergebnissen gezogen werden, die eine Veränderung hin zu einer positiven Selbsteinschätzung bewirken könnten. Im Gegenteil verstärken Erfolge bei zu leichten Aufgaben die Annahme, dass die Bewältigung keine nennenswerte Leistung darstellt, auf die man stolz sein kann und Mißerfolge bei zu schwer gewählten Anforderungen bestätigen das Bild des inkompetenten Selbst, das nicht über genügend Kontrollmöglichkeiten (Kompetenzen und kognitive Strukturen der Handlungsmodifikation) zur Bewältigung neuer, kritischer Lebensereignisse verfügt.

Die umfassende Reflexion und Modifikation der kindlichen Zuschreibungsmuster sowie die Regulation des Anspruchsniveaus sind elementare Bestandteile der therapeutischen Interventionen, um die negativen Konsequenzen für das kindliche Selbstkonzept zu reduzieren. Die **weiteren Folgen** der oben skizzierten Selbstbewertung sind Unzufriedenheit mit sich selbst aufgrund der fehlenden Selbstbegründigung und das daraus resultierende negative Selbstbild. Das Erleben der Inkompetenz und die kognitive Repräsentation in Form mangelnder Kontrollüberzeugungen bestimmen die zukünftige Wahrnehmung und Bewertung neuer, kritischer Lebensereignisse, die folglich oftmals als nicht zu bewältigend eingeschätzt werden. Das Individuum befindet sich damit in einem negativen Kreislauf aus dysfunktionalen Kontrollüberzeugungen, die entwicklungsförderndes, leistungsorientiertes Handeln verhindern, so dass erforderliche Handlungskompetenzen nicht erworben werden können. Die Erfahrung und Selbstbewertung in Anforderungssituationen inkompetent zu sein mündet wiederum in der Einschätzung keine Kontrollmöglichkeiten zu besitzen wie Abbildung 16 verdeutlicht.

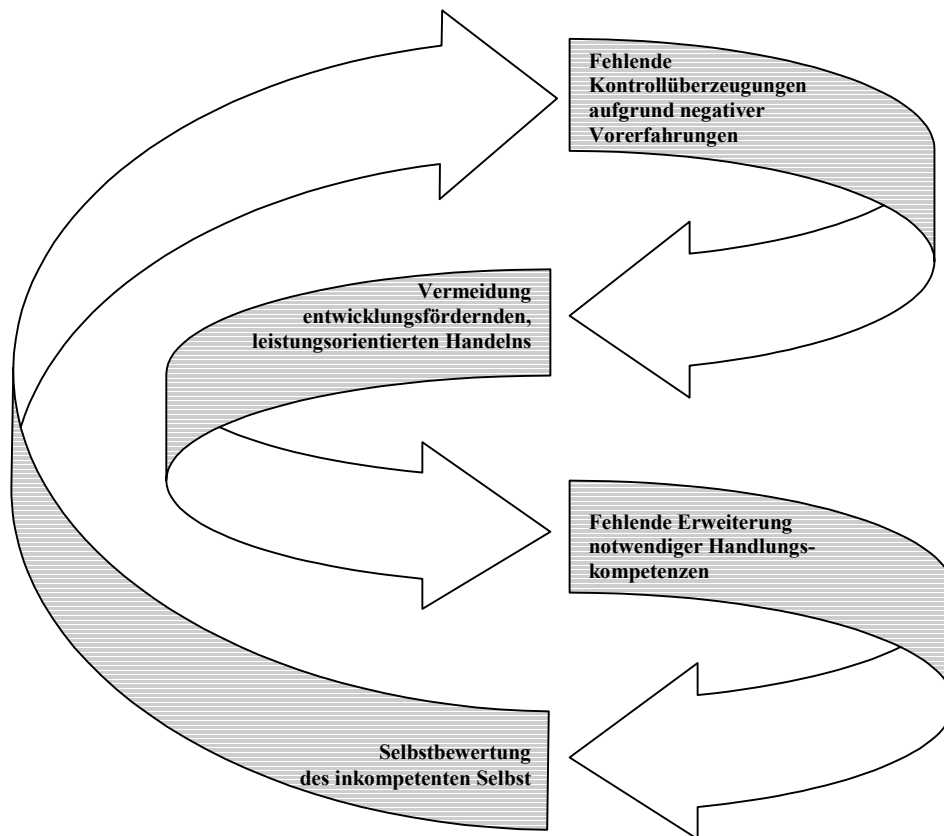


Abb. 16 Auswirkungen mangelnder Kontrollüberzeugungen

Die Konsequenzen aus diesem Teufelskreis für die Entwicklung des Individuums sind derart, dass die kritischen Lebensereignisse keine Entwicklungsanreize und kein -potential im Sinne wachsender Kompetenzen und Lebenszufriedenheit für den Einzelnen enthalten. Die Persistenz bei vertrauten Strukturen, Vermeidungsverhalten und psychopathologische Fehlentwicklungen sind die Folge. Insbesondere im Kindesalter führen die negativen Selbstkonzeptannahmen zu einer gestörten Selbst-Aktualisierungstendenz, die in mangelnden Wachstumskräften und Entwicklungsbeeinträchtigungen zum Ausdruck kommen.

4.3.2. Soziale Stützsysteme

Neben den individuellen Bewältigungsstrategien werden die Effekte kritischer Lebensereignisse auch durch die Qualität sozialer Stützsysteme, über die ein Individuum verfügt, moderiert. Zahlreiche Untersuchungen bestätigen die Bedeutung interpersoneller Ressourcen insbesondere für den Erwachsenenbereich⁹⁵. Jedoch auch im Kindesalter sind die sozialen Stützsysteme relevant, auch wenn sie im Gegensatz zum Erwachsenenalter vom

⁹⁵ DANISH/D' AUGELLI 1995, BELSCHNER/KAISER 1995

Kind selbst nur bedingt gebildet werden können. Vielmehr kommt den Bezugspersonen des Kindes die Aufgabe zu, Situations- und Umweltvariablen derart zu gestalten, dass eine Lösung des Problems realisierbar wird. Eine wesentliche Komponente ist die Unterstützung der Eltern in Form konkreter Hilfestellung durch die entsprechende Vorbereitung auf anstehende Ereignisse. Negative Bindungserfahrungen, inkonsistent erlebte Kontingenzen sowie wenig responsives Verhalten der Eltern stellen dagegen eher schlechte interpersonelle Ressourcen dar.

Geht man davon aus, dass ein Kind die an ihn gestellten Entwicklungsaufgaben zum Beispiel den Anforderungen des Kindergartenalltags gerecht zu werden, nicht bewältigen kann, so berücksichtigt die Problemanalyse einerseits die zuvor beschriebenen individuellen Bewältigungsmöglichkeiten. Andererseits muss differenziert werden, inwieweit das Problem vom Individuum überhaupt gelöst werden kann oder ob institutionelle Faktoren an der Entstehung potentiell beteiligt sind. Dies können im konkreten Fall strukturelle Bedingungen sein wie die Gruppengröße, Personalmangel, das pädagogische Konzept oder die Kompetenz des pädagogischen Fachpersonals, so dass es nicht mehr unmittelbar das Problem eines einzelnen Kindes ist, sondern möglicherweise einer Gruppe von Kindern. Bewältigungsstrategien hängen dann von der Einsicht und dem Engagement der Eltern und des Fachpersonals ab, veränderte Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen. Zudem kann eine ungenügende Passung von individuellen Kompetenzen mit der bestehenden Anforderungsstruktur der jeweiligen Einrichtung (Kindergarten, Schule) vorliegen, die auf eine dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessene Versorgung zurückzuführen ist.

In diesem Fall ist es Aufgabe der Eltern und der pädagogischen Fachkräfte nach Lösungswegen zu suchen, was wiederum auf Seiten der Eltern zu einer kritischen Lebenssituation führen kann, da sie mit einschneidenden Urteilen über ihr Kind und Konsequenzen für den weiteren Lebensweg konfrontiert werden. Eine erfolgreiche Bewältigung bei Eltern und Kind wird dann wiederum durch das "Auffangnetz" im Verwandten- und Freundeskreis sowie durch die Qualität fachkompetenter Diagnostik, Beratung und Förderung beteiligter Institutionen moderiert.

Ein letzter Aspekt sozialer Stützsysteme betrifft die Bedeutung von Gleichaltrigen bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse. Für das Erwachsenenalter ist es erwiesen, dass kritische Ereignisse, die einem Menschen nicht alleine widerfahren, sondern in der Ge-

meinschaft mit Altersgenossen (Heirat, Pensionierung) besser bewältigt werden⁹⁶. Unumstritten hat aber auch im Kindesalter die Solidarität durch die peer-group bei anstehenden Übergängen (Kindergarten /Schule) entlastende Funktion und zudem stellen die Altersgenossen adäquate Modelle zur Bewältigung der Aufgaben dar.

Ausgehend von der Prämisse, dass kritische Ereignisse im menschlichen Lebenslauf mit der Übernahme neuer Rollen und der Modifizierung vorhandener Kompetenzen verbunden sind, stellen ihre Bewältigung eine Herausforderung und zugleich einen Auslöser für Entwicklungsfortschritte dar. Bedingungsfaktoren, die eine erfolgreiche Bewältigung verhindern und die daraus für das Individuum resultierenden Konsequenzen hat das vorliegende Konzept aufgezeigt. Für die praktische Arbeit mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern lassen sich aus diesen Zusammenhangsannahmen konkrete Interventionsschritte ableiten, die aufgrund der Komplexität und des Beziehungsgefüges einzelner Prozessvariablen eine differenzierte Diagnostik an den Anfang stellen.

⁹⁶ OLBRICH 1995

4.4. Konsequenzen des Störungskonzepts

Aus dem vorangegangenen Störungskonzept ergeben sich die Strategien für das therapeutische Handeln, die zunächst ganz global als *Förderung des allgemeinen Entwicklungsverhaltens* zur Erweiterung der Handlungskompetenzen in unterschiedlichen Bereichen und im Besonderen als *Förderung von Bewältigungsstrategien bei Problemverhalten* bezeichnet werden können. Die Diskussion um die Notwendigkeit und Bedeutung, Therapieziele für spezifische therapeutische Interventionen zu formulieren, hat unter dem Druck einer Vielzahl unterschiedlichster therapeutischer Ansätze und gesundheitspolitischer Fragestellungen an Brisanz zugenommen. Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik stellt sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit insbesondere unter drei Gesichtspunkten:

- ◆ Die Etablierung eines noch recht jungen und zum Teil vielfältigen therapeutischen Konzeptes wie das der psychomotorischen Entwicklungstherapie erfordert eine differenzierte Ausarbeitung der Indikationskriterien, der zu erreichenden Therapieziele sowie der notwendigen Interventionstechniken, um so mit Hilfe operationalisierbarer Therapieziele eine empirische Überprüfung der Wirksamkeit dieser Methode auch in Abgrenzung zu anderen Verfahren zu ermöglichen. Diese Auseinandersetzung mit inhaltlichen Rahmenbedingungen tangiert notwendigerweise auch ethische Fragen und Fragen des Menschenbildes, die dem jeweiligen Konzept zugrunde liegen.
- ◆ Die im medizinisch und sozialen Bereich immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen verlangen ihrerseits konkrete Aussagen zur Auswahl und Effektivität spezifischer therapeutischer Ansätze.
- ◆ Der Verhandlungsprozess zwischen Klient, Eltern und Therapeut zur Festlegung von Therapiezielen bestimmt in nicht unerheblichem Maße die Gestaltung und den Verlauf des gesamten therapeutischen Procederes.

4.4.1. Therapieziele

Unabhängig von der schulenspezifischen Orientierung lassen sich Therapieziele hinsichtlich ihrer *Intention* (Bedeutungsgehaltes) und ihrer *Zieltiefe* differenzieren.

Bei der Festsetzung von Therapiezielen ist eine Unterscheidung in Ziele, die wiederum dem Erreichen anderer Ziele dienen und solchen die als Endziele gelten, vorzunehmen⁹⁷. Das Erreichen der verschiedenen „Zieltypen“ erfolgt nicht in chronologischer Abfolge, sondern kann zeitgleich eintreten. Bezüglich ihres Bedeutungsgehaltes können sie als in-

strumentelle Ziele (Mittel zu anderen Zielen) und als finale Ziele bezeichnet werden. Die Beziehung zwischen instrumentellen und finalen Zielen ist dadurch gekennzeichnet, dass instrumentelle Ziele verschiedenen finalen Zielen zugewiesen werden und finale Ziele durch unterschiedliche instrumentelle zu realisieren sind.

Während sich finale Ziele an ethischen Grundsätzen orientieren, sind die instrumentellen Ziele fachlich zu begründen und resultieren aus den unterschiedlichen Kausalannahmen der einzelnen Therapieschulen.

Die Ausrichtung der jeweiligen therapeutischen Ansätze prägt auch die intendierte Zieltiefe, die das Ausmaß beschreibt, inwieweit ein zu realisierendes Ziel in die Persönlichkeit und die Lebensführung des Klienten eingreift. Steht beispielsweise in der Verhaltenstherapie die Veränderung klar umschriebener Verhaltensweisen und Kognitionen im Vordergrund, bemüht sich die Psychoanalyse darum, tieferliegende krankheitsbildende Ursachen zu rekonstruieren und bewusst zu machen. Nach KOTTJE-BIRNBACHER (1999, 19) lassen sich vier Ebenen unterscheiden (Tab. 10), die von einer eher geringen Zieltiefe (Ebene I) zu tiefgreifenden Zielen (Ebene IV) führen:

⁹⁷ KOTTJE-BIRNBACHER/BIRNBACHER 1999

Ebene	Ableitung	Ziel
IV	Ableitung aus einem Persönlichkeitsideal oder normativen Menschenbild	Diese Ziele orientieren sich an affektiven, kognitiven und motivationalen Erziehungs- und Entwicklungszielen wie z.B. Einsicht, Persönlichkeitsreifung, Sinnfindung
III	Ableitung aus einer Gesundheitstheorie, bei der nicht mehr einzelne Erkrankungen im Vordergrund stehen, sondern eine Störanfälligkeit (Salutogenese)	Erhöhung der Widerstandskraft gegen Stressoren insgesamt und Verringerung der Wahrscheinlichkeit von Wiedererkrankung
II	Ableitung aus einer Krankheitstheorie; Auffälligkeiten als kausal bedingte Symptome einer zugrundeliegenden Erkrankung/Störung	Änderung der tieferliegenden kausalen Bedingungen wie z.B. Aufdeckung und Bearbeitung von inneren Konflikten, das Bewusstmachen von unbewusst ablaufenden Empfindungs- und Verhaltensregelmäßigkeiten
I	Ableitung aus dem akuten Leidensdruck	Beseitigung/Linderung eines akuten Symptoms wie z.B. Einüben alternativer Verhaltensweisen, Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit

Tab. 10 Ebenen der Zieltiefe in Anlehnung an KOTTJE-BIRNBACHER (1999, 19)

Das Setting im Bereich der Kindertherapie ist durch das Phänomen gekennzeichnet, dass der Kontakt zum Klienten und die Festlegung der Rahmenbedingungen über Dritte, in der Regel die Eltern erfolgt. Dies bedeutet, dass das therapeutische Handeln in weitere Systeme eingebunden ist und die Bezugsgrößen von Elternhaus (und pädagogischer Institution wie Kindergarten/Schule) auf den Förderprozess mit einwirken, indem sie bei der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit, bei der Festsetzung der Therapieziele und bei der Bewertung der Wirksamkeit eine entscheidende Rolle spielen.

Die Ausarbeitung und Formulierung der intendierten Ziele bilden sozusagen das Kernstück einer jeden therapeutischen Maßnahme. Als Basis für die Zieldefinition bietet sich ein

Verhandlungsmodell an, bei dem alle beteiligten Systeme (Therapeut, Eltern, Kind) ihre Wünsche und Motive offenlegen und in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess die Vor- und Nachteile möglicher Alternativen, die Ausrichtungen und die Zieltiefe klar umrissen werden. In diesem Prozess erhält jede Partei die Möglichkeit, die eigenen Vorstellungen mit den Überlegungen und Einwänden des Gegenüber abzugleichen und gegebenenfalls zu modifizieren. Diese Vereinbarung eines gemeinsamen Ziels oder „informed consent“ basiert auf folgenden Voraussetzungen seitens des Klienten und des Therapeuten (vgl. DSUBANKO-OBERMAYR et al. 1999, 34):

Entscheidungskompetenz des Klienten bzw. seiner Eltern

Der Klient resp. seine Eltern sind in der Lage, die mitgeteilten Informationen aufzunehmen, zu verstehen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und die Vor- und Nachteile einer Therapie abwägen zu können.

Adäquate Aufklärung

Die Aufklärung umfasst die adäquate und ausreichende Mitteilung aller für den Entscheidungsprozess relevanten Informationen durch den Therapeuten. Nicht ganz unumstritten sind die Fragen nach dem Ausmaß der Informationen, der Art der Präsentation und dem Zeitpunkt, wann sie angeboten werden. Im Rahmen der Aufklärung sollten Angaben zur Therapiemethode, zur Dauer und Effektivität, zu Zielen und Nebenwirkungen sowie zu Alternativen und zur Möglichkeit die Therapie beenden zu können, enthalten sein. Je nach institutioneller Einbindung (freie Praxis, Förderstellen) sind darüber hinaus Fragen der Kosten und Kostenübernahme zu klären. Die Informationen können sowohl in mündlicher wie in schriftlicher Form dargeboten werden. Kritiker aus den Reihen der Psychotherapeuten bemängeln bei schriftlicher Präsentation die fehlende verbale Interaktion zwischen Therapeut und Klient sowie eine Überforderung der Klienten durch oftmals in reinen Fachtermini abgefaßte Broschüren. In unserer klinischen Arbeit hat sich eine Kombination beider Präsentationsformen als praktikabel und erfolgversprechend erwiesen. Das Gespräch als erste Informationsquelle, in dem ein reger Austausch möglich ist und das Reaktionen der Eltern offenbart, die für den weiteren therapeutischen Prozess von Bedeutung sind⁹⁸. Als Gedächtnisstütze und Ansatzpunkt für weitere Gespräche dient eine in verständlicher Sprache abgefaßte Broschüre⁹⁹, die den Eltern zugänglich gemacht wird. Die schriftliche Fixierung ist insbesondere im klinischen Alltag von Bedeutung, da wir es in

⁹⁸ Detailliertere Ausführungen zum Erstgespräch in der psychomotorischen Entwicklungstherapie in Kapitel 5.2.

⁹⁹ Elternbroschüre im Anhang

den Gesprächen oftmals nur mit den Müttern zu tun haben, die dann ihrerseits die in einem für sie oftmals emotional sehr beeindruckenden Gespräch entnommenen Informationen an den Partner weitergeben müssen. Darüber hinaus konnte HANDELSMANN 1990 für den Bereich der Psychotherapie nachweisen, dass die schriftliche Darbietung von Informationen bei den Befragten den Eindruck von vermehrter Kompetenz, Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit seitens des Therapeuten hervorruft; eine für den therapeutischen Prozess nicht zu unterschätzende Variable. Eine Niederschrift bietet den Eltern zudem die Möglichkeit auch zu einem späteren Zeitpunkt auftretende Fragen zu klären, denn nicht alle Informationen können und müssen im Erstgespräch mitgeteilt werden. Im Verlauf jeder einzelnen Therapie ergeben sich Effekte oder neue Ansatzpunkte und Interventionsstrategien, die ein prozessuales Informieren erforderlich machen.

Verstehen der Informationen

Die Eltern müssen in der Lage sein, die vom Therapeuten dargebotenen Informationen zu verstehen. Unterstützend wirken dabei eine wertschätzende, angenehme Situation, klar strukturierte und in ihrer Fülle begrenzte Informationen sowie genügend Zeit, die Erklärungen angemessen zu verarbeiten. In der kindertherapeutischen Praxis bleibt nicht selten das Erstgespräch für lange Zeit die einzige intensive Kommunikationsmöglichkeit zwischen Eltern und Therapeut, so dass Fragen und Unklarheiten den Prozess begleiten und in vielen Fällen auch behindern. Aus diesem Grund bieten wir in unserer klinischen Institution den Eltern während der gesamten Diagnostik- und der Anfangsphase der Therapie die Gelegenheit zur Beobachtung. Die eigenen Beobachtungen erleichtern den Eltern das Verständnis für die Bewertung durch den Therapeuten und veranschaulichen die Umsetzung von Interventionstechniken in die Praxis mit dem jeweiligen Kind. Darüber hinaus können die Eltern jederzeit weitere Gesprächstermine vereinbaren.

Entscheidung ohne Zwang und Manipulation

Die Eltern müssen die Gelegenheit haben, in Ruhe auf der Basis einer rationalen Abwägung aller Vor- und Nachteile sowie Konsequenzen eine begründbare Entscheidung zu treffen.

Die Formulierung der Therapieziele ist jedoch nicht ein auf den Dialog zwischen den beteiligten Parteien beschränkte Angelegenheit, vielmehr handelt es sich um einen gesellschaftlichen Definitionsprozess, der durch verschiedene deskriptive und normative Bedingungen bestimmt wird. Ein ganz wesentlicher deskriptiver Faktor ist die realistische Erreichbarkeit der intendierten Ziele, die sich an den äußeren (gesellschaftliche Rollenerwartung, Verträglichkeit mit der individuellen Lebensumwelt) und inneren Bedingungen

(persönliche Fähigkeiten) des Klienten orientieren müssen. In der klinischen Praxis hat dies mitunter eine grundlegende Modifikation der Zielvorstellung zur Folge. Denn unter Berücksichtigung schlechter sozialer Rahmenbedingungen würden vom Therapeuten bevorzugte Veränderungen eher zu einer Befindlichkeitsverschlechterung beim Klienten führen, da die Umgebungsbedingungen veränderte Verhaltensweisen nicht aufnehmen können oder es sogar zu einer Eskalierung im familiären Setting kommen kann.

Die normativen Faktoren beschreiben allgemeine gesellschaftliche Grundwerte wie die körperliche und seelische Unversehrtheit wie auch die Achtung der Menschenwürde, spezifische Werte unseres Gesundheitssystems sowie allgemeine und berufsspezifische Rechtsnormen.

Abgesehen von diesen gesellschaftlichen Bedingungen unterliegt der Therapeut professionsbedingten und persönlichen Einflüssen bei der Klärung von Therapiezielen. Im Aushandlungsprozess müssen die Normen- und Wertesysteme des Klienten mit den eigenen normativen Orientierungen, den persönlichen Werten und den professionellen Zielen abgeglichen werden. Zudem wirkt die Zielbestimmung der angewandten Methode auf den Entscheidungsprozess mit ein. Da es sich bei der Zieldefinition um einen hoch komplexen und vielfältigen Einflüssen unterworfenen Prozess handelt, in dem Klient, Eltern und Therapeut sich zudem in verschiedenen (Macht-)positionen befinden, ist ein behutsamer und reflektierender Umgang mit Therapiezielen notwendig.

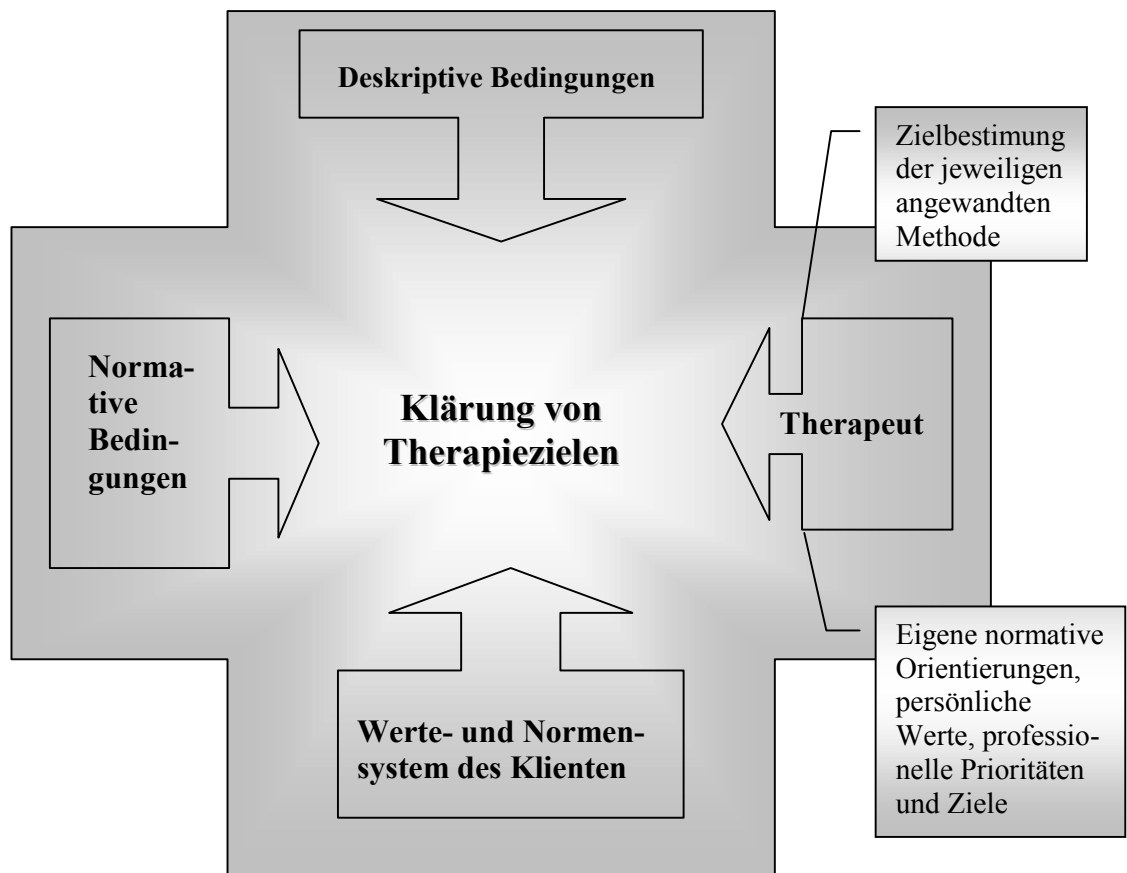


Abb. 17 Einflussfaktoren auf die Therapiezielbestimmung

KOTTJE-BIRNBACHER und BIRNBACHER (1999, 27f) benennen vier Kriterien für die Festlegung von Therapiezielen, derer sich jeder Therapeut bewusst sein sollte:

1. *Die Formulierung von Therapiezielen muss auf einer differenzierten Problem- und Ursachendiagnose beruhen, die neben der Analyse der Probleme des Patienten auch eine systemische Betrachtung des Umfeldes beinhaltet.*

Die Grundlage der Therapieziele bilden die Ergebnisse der eigenen diagnostischen Phase mit der Einschätzung der Einfluss- und Veränderungsmöglichkeiten, welche die Basis für offene und aufklärende Gespräche mit den Beteiligten bieten. Zunächst ist daher die Frage zu klären, ob sich die aus der Diagnostik abgeleiteten eigenen Therapieziele mit denen der Eltern decken oder möglicherweise konträr sind und die Eltern in ihrer Einschätzung von der Bewertung der pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Fachkräfte abweichen und keine Behandlungsbedürftigkeit bzw. eine andere Schwerpunktsetzung fordern. Ein mangelnder Konsens bzgl. der Therapienot-

wendigkeit insbesondere auf Seiten der Eltern stellt einen hohen Risikofaktor für die erfolgreiche Durchführung therapeutischer Maßnahmen dar, da mangelnde Akzeptanz und Einsicht eine Veränderung über den therapeutischen Rahmen hinaus nahezu unmöglich macht und damit die gesamte therapeutische Intervention in Frage gestellt ist.

2. *Der Therapeut sollte nur Therapieziele vorschlagen, die der vom Klienten (oder seinen Eltern) gewünschten Zieltiefe entsprechen.*

Möglicherweise befindet sich der Therapeut an dieser Stelle in einem Gewissenskonflikt, da er die von den Eltern genannten Ziele für erreichbar und wichtig hält, darüber hinaus aber grundlegende Änderungen z.B. im Familiensystem für notwendig erachtet. Da in jedem Fall eine Akzeptanz der beteiligten Bezugspersonen für den Therapieerfolg nötig ist, sollte zunächst auch nur auf dieser Ebene gearbeitet werden. Eine Einschränkung ist nur dahingehend vorzunehmen, wenn die gewünschte Zielsetzung nicht über den Indexpatienten allein oder ausschließlich zu erreichen ist, weitergehende Schritte von Seiten der Eltern jedoch nicht eingeleitet werden und aus fachlicher Sicht die therapeutische Intervention mit dem Kind dann sogar kontraindiziert ist.

3. *Die therapeutischen Möglichkeiten müssen realistisch abgeschätzt werden.*

Besteht Konsens hinsichtlich der Ziele muss man sich darüber klar werden, ob die gewünschten Vorstellungen in dem vorhandenen Bezugsrahmen (Gesellschaftlich/Familiär) überhaupt realisiert werden können. Denn in einer systemisch orientierten Therapie, wie es das vorliegende Konzept darstellt, ist der Therapeut aktiver Mitgestalter des Systems, gewissermaßen Mitkonstrukteur einer erfolgreichen neuen Wirklichkeit; mit Respekt auf die Autonomie der Familie soll er eine Beziehung mit ihr eingehen, die zeitlich befristet ist.

Die Bedeutung und Bewertung familienbegleitender Arbeit untersuchten DISCH/HESS 1988, die systemisch-angelegte Therapien im Nachhinein beurteilen ließen und zu einer Unterscheidung zwischen guten bzw. schlechten Therapien kamen.

Bei guten Therapien entstand rasch eine große Nähe zwischen Familie und Therapeut, die Familie ließ sich leicht motivieren und Konflikte konnten konstruktiv gelöst werden.

Bei negativer Therapieeinschätzung blieb die Distanz zwischen Therapeut und Familie, es gelang nicht, einen gemeinsamen Arbeitsschwerpunkt zu finden.

Die Autoren nannten folgende Fähigkeiten des Therapeuten als entscheidend für die positive Gestaltung der therapeutischen Beziehung:

- ◆ sich durch das Mißtrauen der Familie nicht irritieren zu lassen

- ◆ sich nicht auf einen Machtkampf einzulassen
- ◆ einen positiven Kern auch hinter traditionellerweise als Widerstand gedeuteten Phänomenen im Sinne eines Kooperationsangebotes zu sehen und entsprechend fühlen und handeln zu können.

Zugleich muss man sich aus therapeutischer Sicht fragen, ob man über die entsprechenden Kompetenzen und das fachliche Wissen verfügt, die vorhandenen Probleme aufzuarbeiten, oder ob andere Stellen miteinbezogen werden müssen.

4. *Finale Ziele und instrumentelle Ziele müssen gesondert abgestimmt werden. Dabei müssen jeweils die Nebenfolgen zur Sprache kommen.*

Diesen Punkt erleben wir in unserer therapeutischen Arbeit als einen ganz wesentlichen, da z.B. die Förderung der Schulfähigkeit (Wunsch der Eltern) unserer Meinung nach nicht nur durch ein vermehrtes Übungsangebot erreicht wird, sondern möglicherweise durch eine Stärkung der eigenen Explorationsfähigkeit des Kindes bzw. das Herausfinden geeigneter Lern- und Lösungsstrategien. Das Mittel zum Zweck erscheint den Eltern dann oftmals als nicht geeignet (*sie spielen ja nur*) und setzt eine ausgewogene und fachlich kompetente Beratung und Aufklärung voraus. Dies gilt auch für die „Nebenwirkungen“, da durch Veränderungen im kindlichen Verhalten sich möglicherweise auch Strukturen und Bilder innerhalb der Familie ändern.

Bei all dem ist wichtig, dass Therapieziele in ihrer zeitlichen wie kausalen Reichweite begrenzt sind und immer wieder neu ausgehandelt werden müssen. Von besonderer Bedeutung ist es jedoch, seine eigenen Werte ständig neu zu reflektieren, denn es ist sicher illusionär anzunehmen, dass ein Therapeut seine persönlichen Normen, Lebensvorstellungen und Ideale aus einer Behandlung völlig heraushalten kann. Aus diesem Grund sollte der gesamte (förder-) diagnostische und therapeutische Prozess von Selbstreflexion begleitet werden.

Einen Leitfaden selbstreflektierender Fragen bietet der Anhang zum Beobachtungsbogen (KRUS/SALIS 2000).

4.4.2. Therapieziele in der psychomotorischen Entwicklungstherapie

Die globalen Therapieziele der psychomotorischen Entwicklungstherapie *Förderung des allgemeinen Entwicklungsverhaltens* und *Förderung von Bewältigungsstrategien bei Problemverhalten* verdeutlichen die Dichotomie zwischen therapeutischen und pädagogischen Zielsetzungen, die zahlreichen Kinderpsychotherapien zu eigen und logische Konsequenz der spezifischen Entwicklungsbedingungen von Kindern ist.

Entwicklungsintervention intendiert, das Individuum zu planvollem Handeln in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen zu befähigen. Das bedeutet, dass der Schwerpunkt der Intervention nicht auf die Verhinderung von Krisen ausgerichtet ist, sondern auf die Erweiterung und Bewusstmachung der Kompetenzen, die den Einzelnen in die Lage versetzen, mit Krisenereignissen konstruktiv umzugehen. Therapeutische Maßnahmen werden notwendig, wenn Strategien zur Bewältigung der Krise nicht vorhanden sind oder nicht adäquat eingesetzt werden können bzw. das Durchlaufen der Krise nicht zu einer Kompetenzerweiterung, zu psychischer Stabilität und Wohlbefinden führen.

Die Interventionsziele sind deshalb durch folgende Inhalte gekennzeichnet:

- ◆ Orientierung an allgemeinen Entwicklungszielen
- ◆ Förderung der Selbstregulationsfähigkeit des Kindes zum Aufbau adäquater Bewältigungsstrategien
- ◆ Förderung differenzierter Handlungskompetenzen
- ◆ Aufbau von sozialen Stützsystemen

4.4.2.1. Förderung des allgemeinen Entwicklungsverhaltens

Im Rahmen der zugrundeliegenden Entwicklungstheorie wird das Kind als ein selbständig handelndes Wesen betrachtet, das bemüht ist, die durch Selbst- und Umweltanregungen initiierten Aufgaben und Herausforderungen zu bewältigen. Im Verlauf des Entwicklungs- und Lernprozesses strebt das Individuum danach, seine eigenen Kompetenzen zu entfalten, ein differenziertes Selbstkonzept und eine eigene Identität im Rahmen von Sozialisationsprozessen zu erlangen.

Ziel einer allgemeinen Entwicklungsförderung ist es, Anregungs- und Umgebungsbedingungen zu schaffen, die selbsttätiges, motiviertes Handeln in einem streßfreien Setting ermöglichen, so dass Lernprozesse zu einer Erweiterung eigener Handlungsmöglichkeiten und deren Bewertung zu einer Differenzierung des eigenen Selbstkonzeptes führen, indem das Kind sich als kompetente, liebenswerte und sozial integrierte Persönlichkeit erlebt.

Dabei gilt es, die dem Entwicklungsalter angemessenen emotionalen, kognitiven, instrumentellen und sozialen Handlungsfertigkeiten des Kindes durch gezielte Spiel- und Bewegungsangebote anzuregen und an Hand zu bewältigender, neuer Herausforderungen weiterzuentwickeln.

4.4.2.2. Förderung von Bewältigungsstrategien bei Problemverhalten

HAVIGHURST hat im Zusammenhang mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bereits von aktivem und passivem oder defensive coping gesprochen. Die eher defensiven Mechanismen sollten im Laufe der Zeit jedoch durch aktive Bewältigungsformen ersetzt werden, indem das Repertoire an Ressourcen und Kompetenzen gezielt erweitert wird. Die Wahrnehmung und Bewertung von Herausforderungen und verfügbaren Bewältigungskompetenzen erfordern vom Kind eine differenzierte Betrachtung seiner Handlungs- und Erfolgsmöglichkeiten, um zwischen den eigenen Kompetenzen und den Anforderungen ein Gleichgewicht zu schaffen, welches das Ausmaß an Problembewältigung, psychischem Wohlbefinden und Streßerleben bestimmt. *"Vorrangig geht es darum, die Selbstregulationsfähigkeit des Kindes zu fördern, Rückkoppelungsprozesse bewusst zu machen und widersprüchliche oder konfliktreiche Assimilationsmuster aufzulösen, um eine größere Handlungseffektivität zu erreichen"* (JAEDE 1996, 81).

Als Leitmotiv therapeutischen Handelns kann das folgende Sprichwort angesehen werden: *Geben sie einer Person einen Fisch, dann wird sie heute etwas zu essen haben, bringen sie ihr das Angeln bei, dann wird sie immer etwas zu essen haben.*

Nicht die Hilfestellung bei der Lösung einzelner Aufgaben steht im Vordergrund, sondern die Vermittlung von Fähigkeiten und der Aufbau anderer Ressourcen.

Die zur Problembewältigung eingesetzten Interventionsziele sind auf drei Ebenen angeordnet, die hier idealtypisch getrennt werden, im therapeutischen Alltag aber ineinandergreifen. Eine vierte Ebene umfasst den Aufbau sozialer Stützsysteme, welche die Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen positiv beeinflussen und sich im kindertherapeutischen Bereich primär auf die begleitende Arbeit mit den Eltern beziehen. Die Möglichkeiten der Unterstützung des Kindes bei der Bewältigung von Problemen durch das soziale Umfeld werden an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt, sondern in Kapitel 9 detailliert dargestellt.

1. Qualitative und quantitative Kompetenzvermittlung

Ein grundlegendes Ziel ist die Stabilisierung und Entfaltung der Handlungskompetenzen in Bezug auf den eigenen Körper, die eigene Person, auf die materiale und auf die soziale Umwelt. Bereiche, die man in der Psychomotorik auch unter den Termini Ich-, Sach- und Sozialkompetenz subsumiert. Die Erweiterung der Fähigkeiten verbindet quantitative (Vergrößerung der zur Verfügung stehenden Kompetenzen) und qualitative Aspekte (Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Koordination, Tempo, etc.). Der methodische Zugang erfolgt über Spiel- und Bewegungsangebote, die zu unterschiedlichen Handlungs- und Bewegungsmustern anregen, Wiederholungen mit Übungscharakter ermöglichen und zugleich Variationen zulassen.¹⁰⁰

2. Aufbau von Kontrollüberzeugungen

Neben der Kompetenzvermittlung gilt der Aufbau der Kontrollüberzeugungen (das Kompetenzbewusstsein) als das zentrale Element zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse. Die in der aktiven Auseinandersetzung mit dem Spiel- und Bewegungsangebot erlebten Möglichkeiten des eigenen Handelns bilden gewissermaßen die Basis. Parallel dazu sind die kognitiven Verarbeitungsprozesse Ziel der Intervention. Im Vordergrund steht die Einwirkung auf die Kausalattribution, und zwar nicht im Sinne einer einseitigen Förderung einer bestimmten Ausprägung (Internalität), sondern einer Zuschreibung, die sich an drei Faktoren orientiert.

- a) Die Zuschreibung sollte eine möglichst reale Abbildung des Beziehungsverhältnisses von Aufgabenschwierigkeit und individuellem Leistungsvermögen darstellen, so dass als Konsequenz eine Regulierung des Anspruchsniveaus und der gewählten Aufgaben zu erwarten ist.
- b) Selbstabwertende Attribuierungen sollten vermieden werden; dazu zählen insbesondere die Zuschreibung von Mißerfolg auf stabile interne Faktoren (mangelnde Fähigkeit) sowie von Erfolg auf stabile externe Faktoren (Zufall, Glück).
- c) Es sollten Zuschreibungen bevorzugt werden, die Veränderungs- (Handlungs-) Möglichkeiten beim Individuum zulassen wie der Faktor Anstrengung bei Mißerfolg.

Dieser Prozess wird primär vom Therapeuten geleitet, der in Form verbaler Rückmeldungen eine Fremdattribution vornimmt. Im Verlauf der Intervention ist ein schrittweiser Übergang von der Fremdattribution über die äußere Selbstverbalisation zur veränderten, inneren Selbstattribution des Kindes intendiert. Sprachliche Prozesse sind in diesem Rah-

¹⁰⁰ Zahlreiche praktische Anregungen bieten Bewegungslandschaften, wie sie in der psychomotorischen Literatur umfassend beschrieben werden

men von großer Bedeutung.

Kontrollüberzeugungen wirken in diesem Modell als Moderatoren der Handlungssteuerung, indem sie die Grundlage für eine adäquate Situationsanalyse bilden, das Anspruchsniveau und die Erwartungen regulieren und damit als Auslöser für den Erwerb weiterer Kompetenzen fungieren. Denn die fehlende Zuschreibung von Selbstwirksamkeit, die geringe Erwartung an Erfolge und das Erleben von mangelnder Handlungskompetenz wirken sich negativ auf das kindliche Selbstwertgefühl aus und können als zentrales Kriterium kindlicher Krisen und Fehlentwicklungsprozesse angesehen werden.

3. Aufmerksamkeitssteuerung/Generierung von Handlungsplänen

Die dritte Zielebene betrifft die Steuerung der Aufmerksamkeit auf relevante Informationen. Auf einer eher übergeordneten Ebene geht es darum, Bezüge zwischen zurückliegenden, vielleicht erfolgreich bewältigten und aktuellen Lebensereignissen herzustellen. Durch den Vergleich und das mögliche Erkennen von Ähnlichkeiten wird das Wissen generiert, was auf einen zukommt und entsprechende Strategien können effektiver abgerufen und modifiziert werden. Lazarus 1979¹⁰¹ spricht in diesem Fall auch von antizipatorischer Bewältigung. In der konkreten Handlungssituation sind die Förderung der selektiven Aufmerksamkeit und das zielgerichtete sparsame Verarbeiten einlaufender Informationen der Schwerpunkt. Die Ausrichtung auf die aktuellen Situationsbedingungen soll eine verstärkte Lageorientierung vermindern, um so angemessene Handlungsalternativen entwickeln zu können, welche die Bewältigung der Aufgaben ermöglichen.

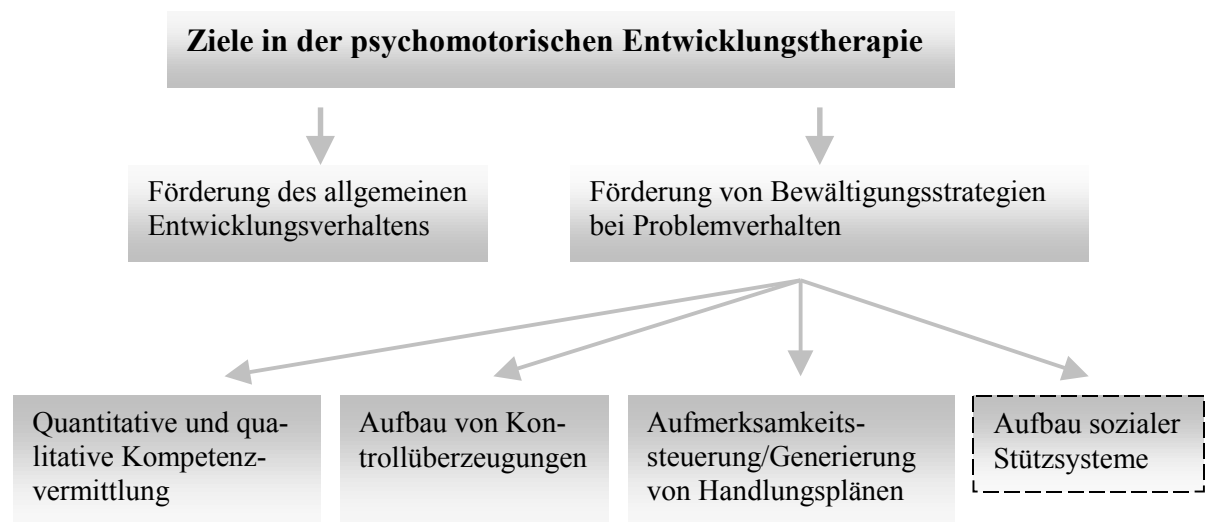


Abb. 18 Ziele in der psychomotorischen Entwicklungstherapie

¹⁰¹ LAZARUS 1979 zitiert nach DANISH/D'AUGELLI 1995

In Bezug auf die in Kapitel 4.4.1. dargestellten Ebenen der Tiefe von Therapiezielen sind die dargestellten Intentionen der dritten Ebene des Modells zu zuordnen, da die Stärkung der Widerstandskraft gegen Stressoren insgesamt und damit die Verringerung der Wahrscheinlichkeit wiederkehrender entwicklungshemmenden Belastungssituation im Vordergrund steht.

5. Diagnostikphase

Die Diagnostik in der psychomotorischen Arbeit dient zwei Zielsetzungen, zum einen der Entscheidung darüber, ob ein Förderbedarf besteht und welche Ziele und Arbeitsschwerpunkte im Vordergrund stehen (Entscheidungsdiagnostik) und zum anderen der Verlaufs- und Effektivitätskontrolle des therapeutischen Vorgehens (Prozessdiagnostik). Die Prozessdiagnostik zielt darauf ab, den diffusen Prozess der Entwicklungsförderung an Kriterien zu knüpfen, die eine begleitende Orientierung und Prüfung erlauben.

In der Diagnostikphase geht es vorrangig um die Analyse kindlicher und familiärer Kompetenzen und Verhaltensweisen sowie vorhandener Ressourcen zur Klärung inwieweit therapeutisches Handeln erforderlich ist und welche konkreten Ziele und Handlungsschritte angeboten werden (Entscheidungsdiagnostik).

Als systemisch orientiertes therapeutisches Verfahren erfasst die Eingangsdiagnostik in der psychomotorischen Entwicklungsförderung Daten aus der Interaktion mit dem Kind, aus der Einschätzung der Eltern (Anamnese) und aus der Beurteilung beteiligter Institutionen wie Kindergarten oder anderer therapeutischer Stellen. Im klinischen Arbeitsfeld werden die eigenen diagnostischen Ergebnisse durch neurologische Untersuchungen, psychometrische Verfahren und fremdanamnestische Daten umfassend gestützt.

Das diagnostische Inventar umfasst sieben Datenkomplexe aus den drei Interaktionsbereichen:

Interaktion mit dem Kind

- Motometrische und motoskopische Verfahren (KTK, MOT, PTK, Graphomotorisches Komplexbild, TKT)
- Klinische Beobachtungen
- Freie Spiel- und Bewegungsbeobachtung
- Fragebogen zur Selbstwahrnehmung
- Fragebogen zur Erfassung internaler und externaler Kontrollüberzeugungen (FIEK)

Interaktion mit den Eltern

- Explorations- und Anamnesegespräch mit den Eltern

Kontakt zu anderen involvierten Erziehungseinrichtungen/therapeutischen Institutionen

- Bericht/Fragebogen beteiligter Institutionen

5.1. Interaktion mit dem Kind

Der Erstkontakt mit dem Kind in den Räumen der psychomotorischen Abteilung findet in der Regel im Beisein einer Bezugsperson, meistens eines Elternteils statt. Der Anmelde-
modus sowie das Gesamtgebäude sind der Familie durch die vorangegangene neurologi-
sche (und/oder psychologische) Untersuchung vertraut. Die erste Stunde dient der Kon-
taktaufnahme zwischen Therapeut und Kind, damit sich das Kind mit der neuen Person,
den Räumlichkeiten, dem Material und den Strukturen vertraut machen kann. Für den The-
rapeuten steht das Kennenlernen sowie ein erster Eindruck des Kindes und seiner Familie
im Vordergrund. Da die vorgestellten Kinder neuen, unbekannten Situationen gegenüber
sehr skeptisch sind und mit Vorbehalt agieren, ist ein schrittweises, behutsames Vorgehen
zur Erfassung der erforderlichen diagnostischen Daten notwendig. Die Beobachtung des
kindlichen Verhaltens und Handelns, der Aufbau einer angenehmen, stützenden Atmo-
sphäre und einer gemeinsamen Handlungsebene über vertraute Spiel- und Bewegungsan-
gebote bilden die Basis des ersten Kontaktes. Grundlegend ist dabei die Auswahl und Prä-
sentation der Spiel- und Bewegungsmaterialien. Der Therapeut trifft während der Vorbe-
reitung die Entscheidung, welches Material in welcher Anordnung angeboten wird. Die
Materialauswahl sollte sich dabei am Entwicklungsstand und Erfahrungsfeld des Kindes
orientieren. Aufgrund der zumeist im Vorfeld vorhandenen Anamnesedaten aus der neu-
rologischen Untersuchung sowie den elterlichen Angaben aus dem Fragebogen ergeben
sich Anhaltspunkte, womit sich das Kind vorwiegend beschäftigt (Spielmaterial und -
aktivitäten) und welchen Lebens- und Erfahrungshintergrund (Wohnsituation, Lebensum-
feld, Spielgruppen-, Kindergartenerfahrung) es mitbringt. Liegen diese Daten nicht vor,
muss sich die Angebotsstruktur an allgemeinen Angaben zum kindlichen Handeln in der
jeweiligen Entwicklungsphase ausrichten. Einen Anhaltspunkt liefert beispielsweise die
Übersicht (Tab. 11) von HAMMER 1995, der den jeweiligen Entwicklungsphasen resp.
Entwicklungsaufgaben Bewegungsthemen zuordnet.

Lebensalter	Entwicklungsaufgaben		Bewegungsorientierte Aktivitäten Hammer
	Riksen-Walraven	Erikson	
1.Phase 1.Lebensjahr. Säuglingszeit/ Frühe Kindheit	Herstellung sicherer Bindungs-Beziehung	Vertrauen gegen Mißtrauen (Mutter)	⇨ entspannt liegen ⇨ gehalten werden ⇨ Körperkontakt suchen ⇨ sich einwickeln ⇨ schaukeln und schwingen ⇨ sich fallen lassen ⇨ schweben im Wasser
2. Phase 2.-3. Lebensjahr	Entwicklung der Autonomie in der Beziehung zum Erzieher	Autonomie gegen Scham, Zweifel (Eltern)	⇨ erforschen von Dingen und der Umwelt ⇨ erforschen des eigenen Körpers, der eigenen Möglichkeiten ⇨ ausprobieren von Materialien (z.B. Fahrgeräte) ⇨ Fangspiele ⇨ verstecken (entdeckt werden als Bestätigung der eigenen Existenz) ⇨ raufen und balgen
3.Phase Vorschulalter 4.-6. Lebensjahr	Kompetenz in den Kontakten mit Gleichaltrigen	Initiative gegen Schuldgefühle (Familienzelle)	⇨ Rollenspiele ⇨ Wettkämpfe ⇨ mit Fahrgeräten im Raum fahren
4.Phase Schulalter	Erwerb spezifischer Fähigkeiten	Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl (Wohngegend/Schule)	⇨ Judo, Tanz ⇨ Klettern, Kanu ⇨ Segelboot bauen und damit auf Törn gehen ⇨ Fahrräder zusammenbauen und damit fahren

Tab. 11 Entwicklungsaufgaben und Bewegungsthemen in Anlehnung an HAMMER 1995, 133

Grundsätzlich sollte das Materialangebot ein breites Spektrum an unterschiedlichen Aktivitäten, Schwierigkeitsgraden und Strukturen aufweisen.¹⁰² Das Verhalten des Kindes gibt darüber hinaus Hinweise auf die Struktur der Stunde, primär sollte die freie Spielauswahl und -gestaltung durch das Kind im Vordergrund stehen, es gibt jedoch auch Kinder, die damit überfordert sind und eher konkrete Vorschläge in verbaler Form oder durch Vormachen benötigen.

Die Erfahrungen des ersten Kontaktes bestimmen dann das Procedere der Diagnostik resp. den Einsatz (moto-)diagnostischer Verfahren.

Die Bewertung der kindlichen Kompetenzen in den Leistungsbereichen Motorik und Wahrnehmung sowie die Erfassung der Selbstwahrnehmung und der kindlichen Kontrol-

lüberzeugungen werden anhand spezifischer Verfahren überprüft.

Die Erfassung kindlicher Handlungskompetenzen im komplexen Feld motorischer Leistungen bezieht sich einerseits auf den Bereich gesamtkörperlicher grob- und feinmotorischer Steuerungsprozesse und andererseits im Hinblick auf die Aneignung der Kulturtechniken auf hand- resp. graphomotorische Funktionen. Die für das Vorschul-/Schulalter zur Verfügung stehenden Tests untergliedern sich in motometrische und motoskopische Verfahren.

5.1.1. Motometrische Verfahren

Im Rahmen der angewandten Motologie haben sich für die metrische Erfassung der grob-motorischen Leistungsfähigkeit bei Kindern aufgrund ihrer Aussagekraft und Praktikabilität zwei Verfahren etabliert, der Motoriktest für 4 bis 6 jährige (MOT 4-6) von ZIMMER/VOLKAMER 1984 sowie der Körperkoordinationstest für Kinder (KTK) von KIPHARD/SCHILLING 1974. Der Körperkoordinationstest ist das in Effektivitätsüberprüfungen zur Wirksamkeit psychomotorischer Förderung am meisten verwendete Verfahren¹⁰³. In der vorliegenden Arbeit hat aufgrund des Klientels (Vorschulkinder) vorwiegend der MOT Anwendung gefunden, lediglich in einem Fall musste aufgrund des Alters des Kindes zum Kontrollzeitpunkt der KTK durchgeführt werden.

5.1.1.1. Motoriktest für 4-6 jährige (MOT)

Der MOT 4-6 ist ein Verfahren zur Erfassung der motorischen Fähigkeiten und des motorischen Entwicklungsstandes für vier- bis sechsjährige Kinder, bei entwicklungsretardierten und bewegungsbeeinträchtigten Kindern kann er jedoch durchaus auch bei älteren Kindern eingesetzt werden. Der Test besteht aus 18 Aufgaben, die zum Teil quantitativ und zum Teil qualitativ ausgewertet werden. Für jedes Item können bis zu zwei Punkte vergeben werden. Die Summe der in den einzelnen Aufgaben erzielten Werte ergibt den Gesamtrohwert, der dann mittels einer Tabelle in Normwerte (MQ, T-Werte etc.) transformiert werden kann und anhand des Konfidenzintervalls den Schwankungsbereich für die Interpretation des erzielten Ergebnisses bestimmt.

Das Testmaterial besteht aus Sportgeräten und Alltagsmaterialien, die Durchführungszeit beträgt ca. 20 Minuten.

¹⁰² Weitere Details zur Materialauswahl und -gestaltung in Kapitel 8.3.

¹⁰³ HECKLAU-SEIBERT 1990, RETH-SCHOLTEN 1989, KESSELMANN 1990

Die einzelnen Aufgaben können nach ihren Inhalten unterschiedlichen Dimensionen der Motorik zugeordnet werden, wobei Faktorenanalysen gezeigt haben, dass für diesen Altersbereich keine sinnvolle Faktorenstruktur nach Fähigkeiten oder Bewegungsmerkmalen möglich ist. Die Zuordnung hat lediglich orientierenden Charakter, die bei einer Häufung von nicht bewältigten Aufgaben einer Dimension Förderungshinweise liefert.

1. Gesamtkörperliche Gewandtheit und Koordinationsfähigkeit
2. Feinmotorische Geschicklichkeit
3. Statisches und dynamisches Gleichgewichtsvermögen
4. Reaktionsfähigkeit
5. Sprungkraft
6. Bewegungsgeschwindigkeit
7. Bewegungsgenauigkeit und Steuerungsfähigkeit

Neben der Bewertung der einzelnen Aufgaben wird das Verhalten des Kindes während der Testdurchführung unter folgenden Aspekten beobachtet:

- ◆ Aufgabenverständnis
- ◆ Motivation
- ◆ Konzentrationsfähigkeit
- ◆ Raumorientierung
- ◆ Merkfähigkeit
- ◆ Durchhaltevermögen
- ◆ Mitbewegungen und
- ◆ Lateralität

Die Vielfältigkeit und Gestaltung der einzelnen Testaufgaben, die sich an den Spiel- und Bewegungsinteressen von Kindern im Vorschulalter orientieren, haben sich in der klinischen Praxis als sehr wirksam erwiesen, da der relativ hohe Aufforderungscharakter der Aufgaben die Kinder motiviert. Die geringe Wiederholungshäufigkeit der einzelnen Aufgaben (im Vergleich zum KTK) führt bei Nichtgelingen nur zu begrenzter Frustration und die Mischung der Anforderungen führt dazu, dass die Motivation und Anstrengungsbereitschaft über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden kann.

Objektivität

Die klar formulierten Testanweisungen und die exakte Beschreibung der Testsituation gewährleisten die Durchführungsobjektivität, das Testmaterial besteht aus genormten Sport-

geräten oder Alltagsmaterialien, deren Maße exakt angegeben sind. Lediglich die persönliche Haltung des Testleiters hat in diesem Alter der Kinder einen höheren Einfluss auf die Motivation und Anstrengungsbereitschaft bei der Lösung einzelner Aufgaben.

Bei der Auswertung der Ergebnisse ergab eine Stichprobe, dass verschiedene Testleiter bei den quantitativ erfaßten Aufgaben nicht voneinander abwichen, bei den qualitativ erfaßten Items geringe Abweichungen auftraten (ZIMMER/VOLKAMER 1984, 32). Die Interpretation der Ergebnisse ist durch die Normierung bestimmt.

Reliabilität

Die Retest-Reliabilität ergab einen Korrelationskoeffizienten von .85. Untersuchungen zum Einfluss von Vortests und Verstärkung auf die Testergebnisse ergaben, dass Übungs- und Wiederholungseffekte einen nicht signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse hatten. Eine intensive Verstärkung durch den Testleiter hatte bei einmaliger Durchführung keine Auswirkung, bei wiederholter Testung plus Verstärkung zeigte sich jedoch eine signifikante Leistungssteigerung.

Validität

Als Methode der Validitätsbestimmung wurde die kriterienbezogene Validität angewandt, wobei der KTK als Kriterium zur Feststellung der Übereinstimmung diene. Da der KTK eine andere Altersstufe untersucht, wurden lediglich die 5 und 6 jährigen mit beiden Verfahren getestet. Der Korrelationskoeffizient betrug .78.

5.1.1.2. Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)

Der Körperkoordinationstest für Kinder ist ein Verfahren zur Feststellung des Entwicklungsstandes der Gesamtkörperkoordination und Körperbeherrschung für fünf- bis zwölfjährige behinderte und nicht-behinderte Kinder. Der Test besteht aus vier Aufgaben, die quantitativ ausgewertet werden:

- Balancieren Rückwärts
- Monopedaless Überhüpfen
- Seitliches Hin- und Herspringen
- Seitliches Umsetzen

Bei der ersten Aufgabe müssen die Kinder in jeweils drei gültigen Versuchen über drei verschieden breite Balken rückwärts balancieren, gewertet wird die Anzahl der Schritte bis ein Fuß den Boden berührt oder 8 Schritte erreicht sind. Bei der zweiten Aufgabe sind

ebenfalls mehrere Durchgänge erforderlich, da für jede zu überspringende Höhe 3 gültige Versuche zugelassen sind. Die Schwierigkeitsabstufungen bei den ersten beiden Aufgaben sollen dazu dienen, die Kinder langsam an ihre Leistungsgrenze heranzuführen. In der Arbeit mit mißerfolgsorientierten Kindern stellt die Wiederholungshäufigkeit jedoch oftmals ein großes Problem dar, da die Kinder bei ihrer Meinung nach nicht optimal gelöster Aufgabe nur schwer zur weiteren Mitarbeit zu motivieren sind.

Bei den beiden letzten Aufgaben werden zwei gültige Versuche durchgeführt, wobei die Anzahl der beiden Versuche gewertet wird.

Die erzielten Punktwerte in den einzelnen Versuchsdurchgängen werden zu einem Rohwert addiert. Die Rohwerte werden nach Jahrgangsgruppen (für die Aufgaben 2 und 3 nach Jungen und Mädchen getrennt) in den Normentabellen für jede Aufgabe getrennt in einen äquivalenten MQ umgewandelt. Die MQ der vier Aufgaben werden erneut summiert und in der Normentabelle der Gesamt MQ abgelesen. Anhand des Konfidenzintervalls wird der Schwankungsbereich für die Interpretation des erzielten Ergebnisses bestimmt.

Objektivität

Die Durchführungsobjektivität ist durch die festgelegte Anweisung und den Versuchsplan weitestgehend gewährleistet. Das Testmaterial ist exakt vorgegeben. Lediglich das Verhalten des Testleiters hatte in mehreren Untersuchungen Einfluss auf die Ergebnisse, indem hochgradig motivierendes und lobendes Agieren zu einer Steigerung des MQ führte.

Reliabilität

Die Retest-Reliabilität für die Rohwerte des KTK ergab einen Korrelationskoeffizienten von 0.97, für die MQ-Werte einen Koeffizienten von 0.90. Zur Vermeidung von Übungseffekten, die nur für die erste Testwiederholung nachgewiesen werden konnte, wurden Vorübungen eingeführt.

Validität

Aussagen zur Validität werden nicht vorgenommen.

5.1.1.3. Punktiertest für Kinder (PTK)

Bei Kindern im Vorschulalter, die mit Problemen in der Hand- resp. Graphomotorik vorgestellt werden, steht die Frage nach der Leistungsfähigkeit der Hände allgemein und der Dominanz im Vordergrund. Zahlreiche motorische Verfahren (DSMB, Diagnostik mit Pffiffgunde, etc.) haben Aufgaben zur Handmotorik in ihrem Inventar, die Aussagen zur visuomotorischen Koordination, zur Bewegungsgenauigkeit und -geschicklichkeit ermög-

lichen. Genaue Beobachtung während der Durchführung lässt zudem Schlüsse über die Präferenzdominanz zu. Eine detaillierte Erfassung bezüglich des Ausprägungsgrades der Händigkeit ist jedoch nur durch einen Leistungsdominanztest möglich. Für das Vorschul-/Schulalter hat sich in unserer klinischen Praxis der Punktiertest von SCHILLING¹⁰⁴ 1979 bewährt, dessen Testvorlage aus einer Clownfigur besteht, an deren Umrißlinie entlang 150 kleine Kreise angeordnet sind.

Die Kinder haben nun die Aufgabe mit einem Spezialstift, dessen Spitze gefedert ist, möglichst schnell und genau einen Punkt in jeden dieser Kreise zu setzen. Zwei Bälle dienen als Vorübung. Die Zeit wird gemessen und die Anzahl der Fehler ausgezählt. Anhand der nach Geschlechtern getrennten Normentabelle wird für die Vorzugs- und die Nichtvorzugshand ein MQ ermittelt, sowie aus dem Summenwert der beiden Hände ein Gesamt MQ errechnet. Es liegen Normenwerte für die Altersgruppen 5 bis 12 Jahre vor.

Zur Überprüfung der Vorzugshand bzw. der Präferenzdominanz wurde der Präferenzdominanztest (PDT) entwickelt.

Er besteht aus 20 Funktionsproben, die vom Kind gestisch dargestellt oder real ausgeführt werden müssen.

Bei der Auswahl der Funktionsproben war es wichtig, möglichst homogene Aufgaben zu finden, die nicht unbedingt durch Alltagsnützlichkeit oder Bedingungen der Umwelt bestimmt werden.

5.1.2. Motoskopische Verfahren

Aus dem Komplex der motoskopischen Verfahren setzen wir in der Eingangsdiagnostik die beiden folgenden Verfahren ein, die eine gezielte Beobachtung in standardisierten Bewegungssituationen ermöglichen.

5.1.2.1. Trampolin-Körperkoordinationstest (TKT)

Der Trampolin-Körperkoordinationstest ist ein Screeningverfahren, das von KIPHARD 1973 am Westfälischen Institut für Jugendpsychiatrie in Hamm entwickelt wurde, mit der Zielsetzung bewegungsgestörte Kinder und Jugendliche, die über mangelnde adaptive koordinative Fähigkeiten verfügen, auszulesen. Der Beurteilungsbogen setzt sich aus 33 Be-

¹⁰⁴ Weitere Verfahren zur Erfassung der graphomotorischen Leistungsfähigkeit: Graphomotorische Testbatterie (GMT) RUDOLF 1986 und Hand-Dominanz-Test (HDT) STEINGRUBER 1976

wegungsmerkmalen zusammen, die den Dimensionen Gesamtablauf, Haltung, Spannungsgrad, Kraftmaß, Tempo, Gleichgewicht, Seitendifferenz, Haltungsfixation und Extrabewegungen zugeordnet werden können.

5.1.2.2. Graphomotorisches Komplexbild

Das graphomotorische Komplexbild (SEIFFERT/WENDLER 1995) ist ein Screeningverfahren zur Diagnostik des graphomotorischen Entwicklungsstandes, das die für die Umsetzung der Schriftsprache bedeutsamen Elemente überprüft. Dieses Verfahren wurde in Hessen im Rahmen der schulischen Beratungs- und Förderungszentren entwickelt.

Ausgangspunkt der Entwicklung des Komplexbildes als Vorlage und Ergänzungsverfahren war die Erlebnis- und Malwelt des Kindes im Grundschulalter. Neben den formgestaltenden Elementen Haus, Zaun, Baum, Sonne und Blume wurden kindliche Tätigkeiten wie Drachensteigen, Seifenblasen, Fahrradfahren und Luftballons in das Bild aufgenommen. Das Kind erhält zuerst die Vorlage mit der Anweisung, sich die Vorlage anzuschauen, mit dem Ergänzungsbild zu vergleichen und die fehlenden Elemente zuerst zu benennen und dann entsprechend der Vorlage zu vervollständigen.

Das Kind soll die fehlenden Elemente mit einem Bleistift (um den Andruck überprüfen zu können) ergänzen. Hilfestellungen sind je nach Aufgabenstellung möglich. Durch gezielte Hinweise auf die noch fehlenden Elemente rückt die feinmotorische Leistung in den Vordergrund, bei unterlassener Hilfestellung findet die optische Differenzierungsfähigkeit vermehrt Berücksichtigung.

Die Auswahl und Gestaltung der Bildelemente fand unter Berücksichtigung der graphomotorischen Anforderungen an die Schriftsprache in drei Dimensionen statt:

1. Graphomotorische Grundelemente
sind Punkte, Striche, Bögen und Kreise, aus denen alle Elemente des Komplexbildes bestehen.
2. Gestaltanordnung von Grundelementen
hierbei steht die räumliche Beziehung von Grundelementen zueinander im Vordergrund. Die räumliche Beziehung kann durch Aneinanderreihung der Elemente oder durch ihre bloße räumliche Beziehung zueinander gegeben sein.
3. Komplexe graphomotorische Muster
die Grundelemente berühren, überschneiden oder überkreuzen sich und werden integrativ zusammengesetzt.

Die Auswertung, die in der wissenschaftlichen Begleitung derzeit noch weiter differenziert und analysiert wird, erfolgt in drei Arbeitsschritten:

- ◆ Allgemeine Aussagen zur Bearbeitung im Hinblick auf das Aufgabenverständnis, die Arbeitshaltung, die Reihenfolge der Bearbeitung, den Zeitumfang, die motivationale Befindlichkeit sowie die Ausdauer.
- ◆ Beschreibung der Auswertungsebenen: Graphomotorische Grundformen, räumliche Beziehungen der Elemente und Raum-Lage-Beziehungen.

Graphomotorische Grundformen:

Das Kind erkennt die Grundelemente in ihrer Form und isoliert sie, z.B. die Formen Ziegel, Schleifen, die Unterscheidung kurze und lange Striche (Rasen), die Anbindung der Striche; bei den Rundformen sind Anfangs- und Endpunkt zusammen.

Räumliche Beziehungen der Elemente:

Das Kind erkennt die Grundelemente und deren räumliche Beziehungen, z.B. die Anordnung der Seifenblasen; die Anbindung der Grundformen an die Sonne, Blume

Raum-Lage-Beziehungen:

Das Kind erkennt die Grundformen, die räumlichen Beziehungen und die Raum-Lage-Beziehung, z.B. die räumliche Richtung der Grundformen von Sonne/Blume, die Lage der Luftballons/Seifenblasen, die Linksrichtung des Rauches oder das Überkreuzen der Latten des Gartenzaunes

- ◆ Erste Auswertungsinterpretation

Die Auswertungsinterpretation darf lediglich als erster Anhaltspunkt betrachtet werden, der einer weiteren Überprüfung in den entsprechenden Teilbereichen bedarf.

Neben der Auswertung des Komplexbildes fließen folgende Beobachtungen der Durchführung in die Auswertung mit ein, die Beziehungs- und Arbeitsatmosphäre, das Sachwissen, die Mimik/Gestik, die Stifthaltung, das numerische Umsetzen, die optische Wahrnehmung sowie die feinmotorische Entwicklung. Weitere Beobachtungen beziehen sich auf das Sprachverständnis, die sprachliche Beschreibung des Bildmaterials sowie den Umgang mit Anforderungen.

Auf der Grundlage dieser Auswertungsergebnisse kann eine weiterführende Diagnostik im Bereich der Wahrnehmung insbesondere der visuellen Wahrnehmung, der Handgeschicklichkeit (PTK) bzw. der Rechts- Linksdominanz erfolgen.

5.1.3. Klinische Beobachtungen

Die vorliegenden Testergebnisse sowie auf der Ebene des Erscheinungsbildes die differenzierte Beschreibung des beobachteten Verhaltens geben erste Anhaltspunkte für Probleme im Bereich der Handlungsplanung, -ausführung und -kontrolle. Für eine gezielte Therapie und das Verständnis ursächlicher Zusammenhänge ist es notwendig, alle an der Handlungs- und Verhaltenssteuerung beteiligten Mechanismen, ihre Funktionen und Abläufe sowie Störfaktoren zu kennen. Keine psychische Funktion und damit sind kindliches Spiel, kindliche Leistungsfähigkeit, kindliches Verhalten, alle motorischen, sprachlichen und sozialen Fähigkeiten des Kindes gemeint, läuft ohne die Tätigkeit des Zentralnervensystems ab. Zur Übersicht über das hirn-funktionale Geschehen dient die Einteilung des ZNS in drei große funktionale Einheiten nach LURIA 1992, wobei keine dieser Ebenen für sich alleine aktiv werden kann, vielmehr arbeitet jede Einheit in Koppelung mit den beiden anderen. Die folgende GRAICHEN 1988 entnommene Übersicht gibt einen stark verkürzten Überblick¹⁰⁵:

Die drei großen Einheiten des ZNS

I. Regulation von Tonus, Aktivierung, Wachheit und bewusstheit (Oberprogrammsteuerung)

Die erste Einheit besorgt die Regulation von Tonus, Aktivierung, Wachheit und Bewußtheit; sie leistet die Auswahl und Stabilisierung der Verhaltensoberprogramme. Diese komplexen, zielorientierten Oberprogramme machen die allgemeine Verhaltenssteuerung aus. Die Oberprogrammsteuerung ist dabei von zwei wesentlichen Merkmalen geprägt:

- a) die Oberprogramme schließen sich gegenseitig aus (schlafen und essen); diese Selektivität unterbindet störendes Einfließen von programmfremden, nicht zu vereinbarenden Informationen
- b) die Oberprogramme stehen in einer dynamischen Hierarchie zueinander d.h. im wechselnden Situationsfluß muss entschieden werden, welches Oberprogramm im Moment am wichtigsten ist.

Als entscheidungsbestimmende Faktoren für die Aktivierung eines Oberprogramms werden die drei folgenden Quellen angesehen:

- ◆ innerorganismische Stoffwechsel- und Hormonregulation (Hunger, Durst)

¹⁰⁵ Weiterführende Literatur Graichen 1988, Luria 1992

- ◆ Signale aus dem körperlichen Erleben (Schmerz, Temperatur) und aus der Umwelt, mit ihren Weck- und Alarmfunktionen (Licht, Töne), einschließlich der Orientierungsreaktionen sowie Emotionen und Affekte
- ◆ Pläne, Absichten, Vorsätze und Wertungen als die oberste Ebene unter den Quellen der Aktivierung. Im Gegensatz zu den beiden zuvor genannten Aktivierungsquellen, die unwillkürlich wirksam werden, beeinflussen Pläne, Absichten, etc. die Aktivierung und Aufmerksamkeitssteuerung bewusst-willkürlich.

II. Aufnahme, Analyse und Speicherung von Informationen

Diese zweite Einheit sorgt für die Erfassung von Informationsmustern aus der umgebenden Umwelt. Sie ist nicht gleichzusetzen mit "Wahrnehmung", da Wahrnehmung zusätzlich einen aktiven Suchprozess (Funktionsbereich Oberprogrammsteuerung und selektive Aufmerksamkeitssteuerung) umfasst. Die Informationsverarbeitung umfasst folgende Bereiche:

- ◆ Intramodale Aufnahme; Diskrimination, Identifikation und Klassifikation von Informationsmustern, Ultrakurzzeitspeicherung
- ◆ Intermodale Codierung; Kurzzeitspeicherung
- ◆ Simultane Stabilisierung verschiedener Codesysteme

III. Programmierung, Regulation und Ausführung von Aktivitäten

Diese Einheit umfasst:

- ◆ die Antizipation und den Entwurf einer Bewegung (Bewegungsplanung)
- ◆ die raum-zeitliche Sequentierung mit Abruf aus dem Langzeitspeicher und Reihenfolgeregulation
- ◆ die Ausführung koordinierter motorischer Muster mit Verlaufsregulation von Tempo-, Kraft-, und Pausenregulation.

Die klinischen Beobachtungen, die im Rahmen der Motodiagnostik durchgeführt werden, betreffen vorwiegend die letzte Einheit der Programmierung, Regulation und Ausführung von Aktivitäten. Eine Überprüfung der anderen beiden Ebenen erfolgt in der Regel in der psychologischen Untersuchung. Eine ausführliche Darstellung der klinischen Beobachtungen und Auswertungskriterien befindet sich im Anhang.

5.1.4. Freie Spiel- und Bewegungsbeobachtung

Das zentrale diagnostische Element in der psychomotorischen Entwicklungstherapie ist die Bewegungs- und Verhaltensbeobachtung, die eine differenzierte Erfassung der kindlichen Bewegungs-, Verhaltens- und Lernstrategien und vorhandener Störvariablen ermöglicht. Zugleich bilden die umfassenden Informationen über die Kompetenzen und Lernstrategien des Kindes eine solide Basis bei der Planung und Realisierung des Förderziels, gemeinsam mit dem Kind Lernbedingungen zu schaffen, in denen es angeregt wird, seine individuellen Möglichkeiten optimal zu entwickeln und zu entfalten.

Da die vorhandenen Verfahren aus unterschiedlichsten Gründe keine optimale Datenbasis lieferten, fand der von KRUS/SALIS 2000 entwickelte Beobachtungsbogen Einsatz, mit dessen Hilfe möglichst vielfältige Informationen über den Entwicklungsprozess des Kindes, seine Interessen und Sinn-Themen, seine Lern- und Lösungsstrategien unter Berücksichtigung seiner individuellen Entwicklungsmöglichkeiten gesammelt sowie entwicklungshemmende Umgebungsbedingungen erfaßt werden können.

Mit Hilfe des Beobachtungsbogens sollen Antworten auf folgende Fragen gefunden werden.

- ◆ Über welche Fähigkeiten verfügt das Kind?
- ◆ Wo liegen die momentanen Grenzen der Handlungsfähigkeit?
- ◆ Welche Lern- und Lösungsstrategien setzt das Kind ein?
- ◆ Welche Sinn- bzw. Spielthemen beschäftigen das Kind?
- ◆ Welche situativen Bedingungen fördern/hemmen den Lernprozess des Kindes?
- ◆ Wie beeinflussen Umgebungsbedingungen (Familie/Kindergarten/Schule/Freunde...) die Entwicklung des Kindes?
- ◆ Welche Wirkung hat die wechselseitige Therapeuten-Kind-Beziehung auf den Förderprozess?

Vorrangiges Ziel ist es, zahlreiche Eindrücke und Informationen über das Kind und seine Lebenssituation zu erhalten, so dass ein vielschichtiges und möglichst umfassendes Bild vom Erleben und Verhalten des Kindes entstehen kann. Da Entwicklung durch die wechselseitige Beeinflussung verschiedener Ökosysteme¹⁰⁶ bestimmt wird, ist es sinnvoll, die sozialen und materiellen Umgebungsbedingungen des Kindes zu betrachten und mit den eigenen Beobachtungen in Beziehung zu setzen. Wesentliches Augenmerk ist auf die Kompetenzen und ungenutzten Ressourcen sowie die Spielthemen des Kindes zu richten,

¹⁰⁶ Zum Thema Ökosysteme siehe FISCHER 1996b, BRONFENBRENNER 1981, FLAMMER 1996

weil hierin die Grundlage für die Unterstützung der individuellen Entwicklungsmöglichkeiten zu sehen ist. Die aus den Beobachtungen und (fremd-)anamnestischen Informationen abgeleiteten Hypothesen sind die konkreten Anknüpfungspunkte für den Förderprozess sowie die begleitende Beratung der Eltern und beteiligten Institutionen (Kiga/Schule). Bedeutend dabei ist, dass alle Hypothesen nur vorläufigen Charakter haben, ständig neu überprüft und ggf. verändert werden müssen.

Ausgehend von der Tatsache, dass wir als Therapeuten mit unserer Persönlichkeit, unseren Werthaltungen und unserer Lebensgeschichte den Interaktionsprozess und damit die gesamte diagnostische Situation beeinflussen, ist es notwendig, sich seiner Beziehung zum Kind bewusst zu werden. Die wechselseitig voneinander abhängige Interaktion ist der entscheidende Faktor für das Gelingen oder Nicht-Gelingen des gemeinsamen Förderprozesses, so dass eine selbstreflexive Betrachtung des eigenen Verhaltens, der Stimmungen und der evtl. vorhandenen und wiederkehrenden Konflikte sich positiv und konstruktiv auf die Begleitung des Kindes auswirkt.

Darüber hinaus kann die gezielte Beobachtung des Verhaltens Hinweise auf weitere notwendige differentialdiagnostische Schritte liefern.

Der Beobachtungsbogen berücksichtigt die Entwicklungsbereiche, die in ihrer Vernetzung ein vielschichtiges Bild des Kindes geben.

Abbildung 19 zeigt die sechs ausgewählten Beobachtungskategorien, die ihrerseits in mehrere Subkategorien unterteilt sind und verdeutlicht, dass Entwicklung als Prozess verstanden wird, der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in Beziehung setzt.

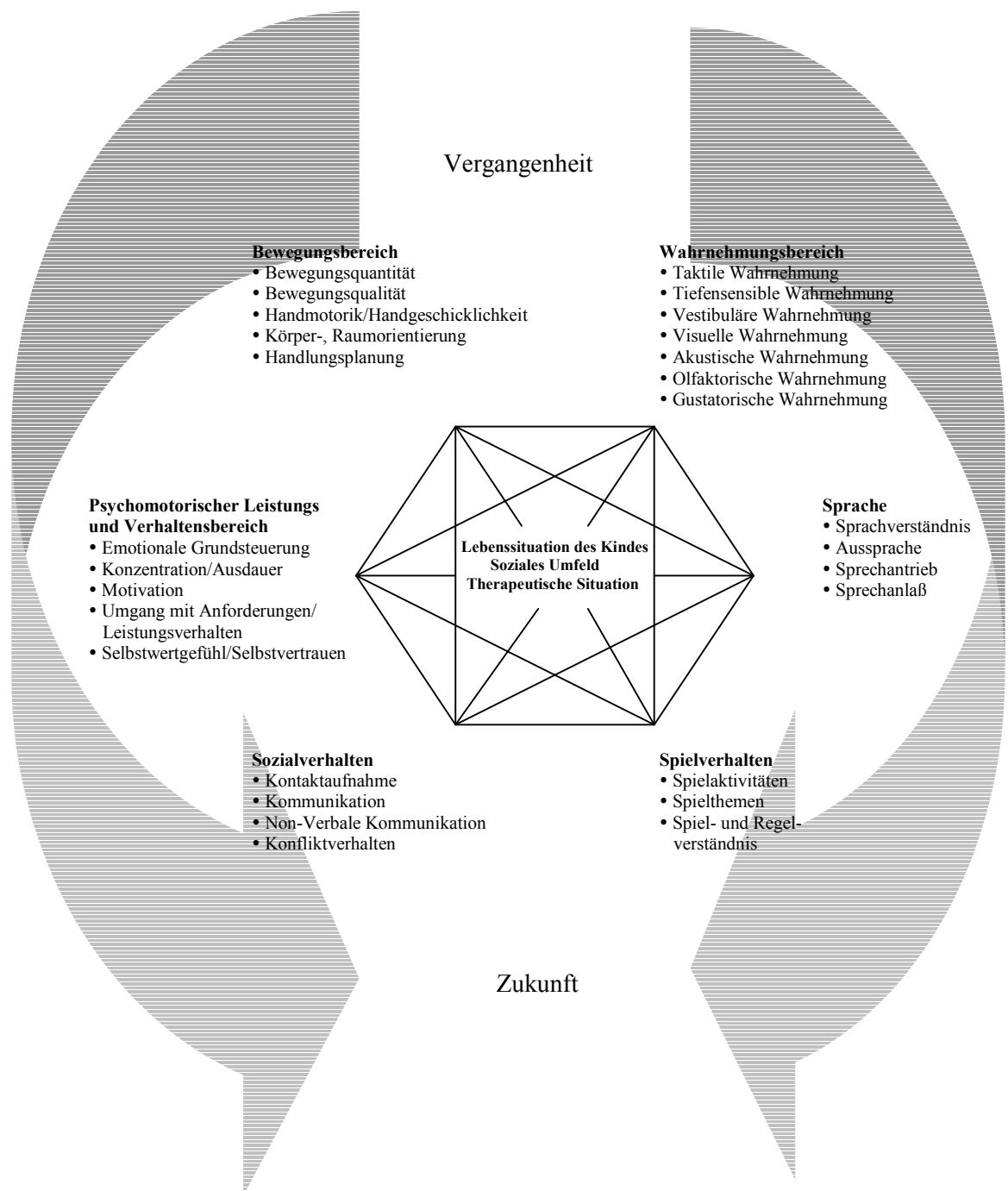


Abb. 19 Beobachtungskategorien

Aufbau und Struktur des Beobachtungsbogens

Der Beobachtungsbogen besteht aus einem Fragebogen und einem Beobachtungsprotokoll.

Der Fragebogen

Zu jeder Subkategorie einer Beobachtungskategorie liegen Fragen vor, die eine möglichst differenzierte Erfassung des jeweiligen Entwicklungsbereiches ermöglichen sollen. Sie

sind als Strukturierungshilfe und Gedächtnisstütze gedacht, um wesentliche Aspekte nicht aus den Augen zu verlieren und um verschiedene Blickwinkel zu eröffnen. Durch die Betrachtung unterschiedlicher Verhaltensebenen kann überprüft werden, ob bestimmte Hypothesen durch Beobachtungen in anderen Bereichen bestätigt oder widerlegt werden können. Die Fragen stellen eine begrenzte Auswahl dar und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sind vielmehr als Anregung zu verstehen, die entsprechend der eigenen Sichtweise und des persönlichen Einsatzbereiches erweiterbar sind.

Ein Teil der Fragen wird durch Items ergänzt, die den Sinngehalt der Frage verdeutlichen sollen und als Formulierungshilfe für mögliche Antworten dienen können. Auch diese Items haben lediglich eine orientierende Funktion.

Der Protokollbogen

Das Protokoll dient der schriftlichen Fixierung der Informationen aus einer längeren Beobachtungsphase. Die sechs Beobachtungskategorien des Fragebogens bilden den äußeren Rahmen, in den die gesammelten Daten eingetragen werden können.

Das Protokoll ist als prozessbegleitendes Instrument zu verstehen, das durch regelmäßiges und fortlaufendes Wahrnehmen, Interpretieren und Überprüfen verändert und ergänzt werden sollte. Die Informationen werden zusammengefaßt und auf mögliche Zusammenhänge und Widersprüche hin überprüft, um vorläufige Schlussfolgerungen für die Unterstützung und Förderung ziehen zu können. Die Beantwortung der Fragen fordert häufig Bewertungen heraus, die in jedem Fall durch Beschreibungen von konkreten Situationen und Aktivitäten untermauert werden müssen. Umfassende Angaben zu Raum-, Material- und Aufgabenbedingungen sind notwendig, um die Beobachtungen entsprechend bewerten zu können.

Ein Deckblatt zu den persönlichen Daten des Kindes soll einen Überblick über die Lebenssituation geben und dazu dienen, die Beobachtungen besser in den Entwicklungsprozess des Kindes integrieren zu können.

Das Protokoll ermöglicht auch zu einem späteren Zeitpunkt den Rückgriff auf die gesammelten Daten, um so Veränderungen im Entwicklungs- und Förderprozess nachvollziehen und dokumentieren zu können.

Die Beobachtung kindlichen Verhaltens und Förderung im allgemeinen setzen voraus, dass das Kind eine annehmende und positiv wertschätzende Atmosphäre erlebt, die durch Echtheit und Selbstkongruenz des Therapeuten gekennzeichnet ist. Die Einschätzung und Bewertung von Stärken und Schwächen des Kindes setzen die Zusammenstellung entwicklungsadäquater Spiel- und Bewegungsangebote voraus. Insbesondere bei beobachteten

Schwierigkeiten muss durch Modifikation der Aufgabenstruktur, des Raum- und Materialangebotes dem Kind die Möglichkeit gegeben werden, eigene Lösungs- und Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Diese Veränderungen sind elementare Ansatzpunkte für den Zugang zum Kind und zu seiner angemessenen Förderung. Förderdiagnostik bedeutet, dass Arbeitshypothesen immer nur vorläufigen Charakter haben und durch regelmäßiges Überprüfen bestätigt, ergänzt und falls nötig modifiziert werden müssen.

Die Eigenarten und individuellen Ausprägungen des Verhaltens und Erlebens in ihrer Vielfalt und Breite sind Gegenstand der Beobachtung und Beschreibung. Besondere Aufmerksamkeit ist auf mögliche Zusammenhänge, Widersprüche und Vernetzungen zwischen den einzelnen Entwicklungsbereichen zu richten, um Hypothesen bilden und Förderansätze formulieren zu können.

Darüber hinaus ist Beobachtung als ein subjektives Diagnoseverfahren auf die ständige und kritische Reflexion des Beobachters angewiesen. Reaktive Verhaltensweisen des Kindes zu sehen und zu verstehen, eigene Anteile im Interaktionsprozess zu erkennen sowie persönliche Lebensvorstellungen und Menschenbilder sich bewusst zu machen und zu hinterfragen, sind wesentliche Bestandteile einer professionellen Arbeit. Unsicherheiten in der Bewertung können möglicherweise durch veränderte Beobachtungsbedingungen (Einsatz von Medien oder Beobachtung durch Dritte) beseitigt bzw. reduziert werden.

Die Beurteilung der kindlichen Verhaltensweisen ist jedoch zu jedem Zeitpunkt durch die individuellen Vorstellungen und Werthaltungen des Beobachters geprägt. Um diese Subjektivität nicht zu vergessen und die Beurteilungen zu hinterfragen, umfasst der Beobachtungsbogen auch einen Fragenkomplex zur Selbstbeobachtung des Therapeuten.

Die Erfassung der beobachtbaren Handlungs- und Verhaltensmuster bildet einen wesentlichen Pfeiler der Entscheidungsdiagnostik. Ein zweiter ebenso wesentlicher Aspekt ist die Berücksichtigung und das Eingehen auf die verbalen Äußerungen des Kindes, die häufig vernachlässigt werden. Die Formen sprachlicher Äußerungen sind dabei ebenso vielfältig wie deren Bedeutung. Insbesondere jüngere Kinder im Vorschulalter neigen noch dazu ihre Handlungen im Sinne einer verbalen Antizipation sprachlich zu begleiten. Die Inhalte der Äußerungen sind dabei nicht an ein Gegenüber gerichtet und es wird keine Antwort erwartet, da sie die Funktion verbalen Probehandelns einnehmen. Ein sehr prägnantes Beispiel sind die lageorientierten Äußerungen eines Kindes während einer Bewegungssituation¹⁰⁷. Aus diagnostischer Sicht geben die kindlichen Kommentare einen Einblick in die

¹⁰⁷ Zur Lageorientierung siehe Kapitel 4.2.3.

Planungsstrukturen kindlichen Handelns sowie in die emotionale Befindlichkeit.

Eine weitere Form handlungsbegleitender Verbalisation dient der Steuerung des Handelns durch einen externen Moderator. Die Kinder formulieren ihre ausgewählten Handlungsschritte in Frageform und erwarten vom Gegenüber eine Antwort in Form eines äußeren Regulativs.

Fallbeispiel:

Der 5-jährige Thorsten hatte seine eigenen Unsicherheiten in der Wahrnehmung und Einschätzung von Umgebungsbedingungen und der daraus folgenden Handlungsplanung dadurch kompensiert, dass er nahezu ohne Unterbrechung sein Handeln sprachlich begleitete und von seiner Mutter fortlaufend Rückmeldung erhielt.

T: " *Also der Turm ist gar nicht so hoch, da kann ich gut hochklettern, ne?*"

M: " *Ja, der ist so hoch wie der auf dem Spielplatz, den kennst Du schon*"

T: " *Ich brauche mich nur auf die unterste Sprosse stellen und immer eine Sprosse höher klettern, ne?*"

M: " *Ja, paß nur auf, die Abstände zwischen den Sprossen sind nicht immer gleich*"

T: " *Wenn ich mich gut mit den Händen festhalte, klappt das, ne?*"

M: " *Ja*"

Auf die Kommunikation mit ihrem Sohn angesprochen, war die Mutter einerseits sehr stolz auf seine differenzierte Erfassung der jeweiligen Situation und den ausgewählten Sprachstil, andererseits empfand sie seine "Eloquenz" als anstrengend. Dass diese Form des Gesprächs für ihn unterstützenden Charakter hatte im Sinne eines direkten Feedback, war ihr jedoch nicht bewusst geworden.

In der Einschätzung, wie wichtig die verbalen Äußerungen des Kindes zu nehmen sind, schließe ich mich MEICHENBAUM an, der darauf hinweist, " *dass die von uns behandelten Kinder uns eine Menge erzählen, sofern wir sie einfach fragen und ihnen zuhören. Diese Anregung mag so schlicht und selbstverständlich erscheinen, dass man sie gar nicht geben müsste. Dennoch hört man in der Literatur über Behandlung kaum etwas von Klienten, insbesondere von einem Kind. Kinder haben uns sicherlich wichtiges zu erzählen*" (MEICHENBAUM 1979, 93). Unter erkenntnisgewinnenden Gesichtspunkten findet so-

wohl die Exploration¹⁰⁸ wie auch das standardisierte Interview Eingang in die Diagnostik. Für die Befragung mit Kindern gelten immer noch Vorbehalte, inwieweit eine angemessene und sinnvolle Durchführung gewährleistet werden kann. Im Rahmen der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des kindlichen Selbstkonzepts hat GRAUDENZ 1974 die häufig formulierten Probleme bei der Befragung von Vorschulkindern thematisiert und aufgrund ihrer Erfahrungen einige grundsätzliche Bedingungen für eine adäquate und sinnvolle Interviewtechnik ausgeführt, die hier kurz skizziert werden.

Die Interviewsituation als solche und die Kombination aus Kind und Erwachsener machen ein Ungleichgewicht aus, dass zu Verunsicherungen auf Seiten des Kindes führen und in angepaßten, negative Konsequenzen meidenden Antworten resultieren kann, die nicht den realen Einstellungen entsprechen. Die Berücksichtigung beeinflussender Faktoren und möglicher Kompensationen ist dabei ein wesentliches Element bei der Durchführung von Interviews mit Kindern.

Einstellungen und Erwartungshaltungen der Kinder gerade im Hinblick auf angemessene Verhaltensweisen können die Antworten beeinflussen. Die Form der Instruktion und weiterführende Zwischengespräche können diese "Störfaktoren" reduzieren. Das *Verhalten* des *Untersuchers* sowie die *emotionale Beziehung* zwischen Untersucher und Kind prägen die Atmosphäre, in der die Befragung stattfindet und zugleich die Bereitschaft des Kindes, die gestellten Anforderungen zu erfüllen. Die kindliche Motivation, sich auf diese Form der Interaktion einzulassen, ist durch Sympathie für den Untersucher und eine positive Beziehung geprägt. Zugleich bestimmt der Untersucher mit seinen Werten und Erfahrungen die Situation, so dass Übertragungsphänomene in beide Richtungen auftreten können, die auf Seiten des Untersuchers einer kritischen Reflexion bedürfen und zu handlungsleitenden Prinzipien führen. Der Interviewer sollte zunächst darum bemüht sein, kindliche Ängste vor der neuen Situation und vor möglichem Leistungsdruck zu minimieren, indem er den Rahmen und seine Rolle darin klar vorgibt. Zudem muss sich der Interviewer eigener Identifikationen und Projektionen bewusst sein und versuchen, eine annehmende Atmosphäre zu schaffen. Dies bedeutet auch, dass er Fragen und Zwischenbemerkungen der Kinder wahr- und aufnimmt und damit sein Interesse an der Meinung der Kinder bekräftigt.

Bei allen Gesprächsmethoden muss berücksichtigt werden, dass es sich um Selbstauss-

¹⁰⁸ In Abgrenzung zum standardisierten Interview ist die Exploration "... die ... nicht standardisierte mündliche Befragung eines einzelnen Menschen durch einen einzelnen Gesprächsführer mit dem Ziel, Aufschluss zu erhalten über das Individuum und seine Welt" (UNDEUTSCH 1983, 322).

künfte der Beteiligten handelt und die Interaktion zwischen den beiden Gesprächspartnern zu systemischen Verzerrungen führen kann. Eine weiterführende Verifizierung der Angaben durch andere Daten resp. diagnostische Verfahren ist daher sinnvoll und notwendig.

5.1.5. Fragebogen zur Selbstwahrnehmung

Die Beobachtung kindlicher Verhaltensweisen und die besondere Berücksichtigung verbaler Äußerungen des Kindes im Verlauf der therapeutischen Sitzungen geben Hinweise auf die Selbsteinschätzung des Kindes in Bezug auf seine eigenen Fähigkeiten, sein Selbstkonzept. Diese Bewertung unterliegt jedoch wie bei jedem Beobachtungsverfahren der subjektiven Interpretation und eine Bestätigung der Eindrücke durch gezielte Befragung der Kinder scheint sinnvoll. Die behandelte Klientel erstreckt sich primär auf das Vorschulalter, für das immer wieder die Fragestellung gilt, welche Verfahren sinnvoller Weise zu relevanten Ergebnissen führen und Anwendung finden.

PSYINDEX -Tests weist verschiedene Verfahren zur Erfassung des Selbstkonzepts auf, diese Fragebögen werden jedoch in der Regel von den Eltern resp. Erziehern ausgefüllt und betreffen damit die Einschätzung Außenstehender über das Selbstkonzept des jeweiligen Kindes. Das einzige Verfahren, dass eine direkte Befragung der Vorschulkinder vorsieht, ist der *Fragebogen zur Selbstwahrnehmung 5-6 Jähriger Kinder* von GRAUDENZ 1974.

Dieser Fragebogen wurde im Rahmen eines Projektes zum "emotionalen und sozialen Verhalten im Vorschulalter" konzipiert. Die zugrundeliegenden Annahmen entstammen der Selbstkonzeptforschung und mit Hilfe des Fragebogens sollen Zusammenhänge zwischen dem Erziehungsverhalten der Mutter und der Selbstwahrnehmung der Kinder nachgewiesen werden. Die einzelnen Items sind den fünf Subskalen

- ◆ Selbstwertgefühl
- ◆ Selbstvertrauen
- ◆ Selbstständigkeit
- ◆ Emotionale Verunsicherung und
- ◆ Kontaktverhalten zugeordnet.

Ein Teil der Items wurde aus Skalen anderer Autoren mehr oder weniger unformuliert übernommen. Als Antwortmodus ist jeweils eine 4-stufige Likert-Skala (Ja - Nein - Manchmal - Weiß nicht) vorgegeben.

Objektivität

Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ist durch die ausführlichen Interviewanweisungen und die standardisierten Auswertungsanweisungen gegeben.

Reliabilität

Die für die Split-half-Reliabilität der Subskalen ermittelten Werte müssen eher als unbefriedigend eingestuft werden.

Validität

Die Kinder, welche die Fragen zur Selbstwahrnehmung beantwortet hatten, wurden auch über das wahrgenommene mütterliche Verhalten im Sinne von Unterstützung befragt. Die zugrundeliegende Annahme, dass zwischen der Selbstwahrnehmung des Kindes und dem von ihm erlebten Erziehungsverhalten seiner Mutter ein Zusammenhang besteht, konnte in der Studie bestätigt werden.

5.1.6. Fragebogen zur Erfassung internaler und externaler Kontrollüberzeugungen (FIEK)

KARMANN und SEIDENSTÜCKER entwickelten 1979 einen Fragebogen, der die generalisierten Kontrollerwartungen von Vorschulkindern erfassen soll. Das Kontrollüberzeugungskonstrukt ist in zwei voneinander unabhängige, bipolare Subkonstrukte gegliedert denen jeweils eine Subskala des Fragebogens zugeordnet ist. Das eine Subkonstrukt umfasst interne und externe Kontrollüberzeugungen für positive Ereignisse (13 Items), das andere interne und externe Kontrollüberzeugungen für negative Ereignisse (13 Items). Diese 2-Faktorenlösung ist in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Konstrukt der Kontrollüberzeugung nicht unumstritten, die Autoren weisen jedoch daraufhin, dass Überlegungen und Resultate im Rahmen der experimentellen Validierung diese Konstruktkonzeption unterstützen. Eine weitere empirische Bestätigung ihrer Annahmen ist jedoch bis zum heutigen Zeitpunkt nicht erfolgt und dieses Verfahren stellt derzeit das einzige diagnostische Instrument zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen im Vorschulalter dar.

Der Fragebogen besteht aus 26 Items mit vorgegebenen Antwortalternativen, von denen die Kinder die für sie zutreffende Aussage wählen müssen. Der vollständige Fragenkatalog ist im Anhang zu finden.

Objektivität

Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind durch die Instruktion und Auswertungs-

richtlinien gesichert.

Reliabilität

Für die beiden Skalen I+ und I- wurden Halbierungs- und Wiederholungsreliabilitäten bestimmt. Die Korrelation der geradzahligen und ungeradzahligen Items der Skala I+ betrug $r=0.36$ ($p < 0.001$), der entsprechende Kennwert für die Skala I- belief sich auf $r=0.62$ ($p < 0.001$). Die aus theoretischen Gründen angestrebte Heterogenität der Items ließ eine höhere Halbierungsreliabilität der Skalen nicht erwarten.

Validität

Zur Gültigkeitsüberprüfung der Skalen wurden Methoden der faktoriellen und experimentellen Validierung verwendet. Der experimentellen Validierung lagen Überlegungen zur Beziehung zwischen Art bzw. Richtung der Kontrollüberzeugung und bestimmten instrumentellen Verhaltensweisen zugrunde. Die beobachteten Beziehungen waren nicht besonders stark ausgeprägt, entsprechen in ihrer Qualität jedoch den theoretischen Erwartungen und stützen die Validität der Skalen.

5.2. Interaktion mit den Eltern

Die kindertherapeutische Arbeit zeichnet sich dadurch aus, dass nicht nur der Klient, sondern in Abhängigkeit vom Alter des Kindes in starkem Maße die Bezugspersonen, in der Regel die Eltern, in das diagnostische Handeln miteingebunden sind und wesentliche Angaben liefern. Ziel der Erhebung ist es, ein möglichst umfassendes Bild über den einzelnen Klienten und seine Lebenswelt zu erhalten, über die Wirkung seiner Persönlichkeit und Handlungen auf die Familie sowie die Einstellung und Bewertung des Klienten durch die Familie. Eine möglichst umfassende Darstellung der familiensystemischen Bedingungen dient dazu, Störvariablen im Interaktionsprozess und verhaltensauslösende Faktoren herauszufiltern sowie interne Ressourcen zu aktivieren. Die Datensammlung erfolgt anhand

- ◆ schriftlicher Aufzeichnungen der Eltern in Form eines Fragebogens, der ihnen bei der Anmeldung vorgelegt wird
- ◆ von Informationen aus diagnostischen Gesprächen mit den Eltern
- ◆ der Beobachtung von Eltern-Kind-(Geschwister)-Interaktionen in gemeinsamen Spielsituationen durch den Therapeuten.

Schriftliche Aufzeichnungen der Eltern

Die psychomotorische Arbeit im klinischen Bereich ermöglicht - im Gegensatz zur Arbeit

in freien Praxen - eine umfassende Datenerhebung, die durch den institutionellen Rahmen gewährleistet ist. Nach der Anmeldung des Kindes in der Klinik erhalten die Eltern einen Fragebogen¹⁰⁹, der grundlegende Angaben zum Kind, zu seiner Entwicklung und zu problemamnestischen Daten erhebt. Die Fragen entsprechen der für die Therapiedokumentation erforderlichen Datenstruktur¹¹⁰. Die Auswertung der erhobenen Informationen gibt erste Hinweise auf die erforderlichen Untersuchungen sowie auf die Notwendigkeit, weitere Informationen aus anderen Einrichtungen anzufordern.

Informationen aus diagnostischen Gesprächen mit den Eltern

Der Erstkontakt zwischen Motologin und Eltern erfolgt in der Regel nach der neurologischen (und/oder psychologischen) Untersuchung, in der die Eltern bereits ausführlich über die Vorgeschichte des Kindes befragt worden sind. Da die Angaben als schriftliche Aufzeichnungen der Kollegen vorliegen, kann das Erstgespräch im Rahmen der psychomotorischen Diagnostik primär die für den therapeutischen Bereich relevanten Aspekte berücksichtigen. Für das Elterngespräch bieten sich drei Gesprächsmethoden an, die *Exploration*, das *Anamnesegespräch* und die *Interview-Befragung*.

Die *Exploration* oder das Erkundungsgespräch dient dazu, orientiert an den individuellen Bedingungen und Besonderheiten der jeweiligen Familie, einen ersten Eindruck vom Kind und seiner Familie, dem Auftreten und den Auswirkungen des als auffällig bezeichneten Verhaltens zu erlangen. Nach LUKESCH 1994 ermöglicht die Exploration eine eher ganzheitliche Vorstellung vom Kind und seiner Lebensgeschichte.

Bei der *Anamnese* steht speziell die Vorgeschichte des Klienten in Bezug auf die Störungssymptomatik resp. Erkrankungen im medizinischen Bereich im Vordergrund. Die biographische Anamnese, die sich an der Chronologie der Lebenslaufes ausrichtet, liegt bereits vor, von besonderem Interesse ist daher die partielle Anamnese, die sich auf die Teilbereiche der Bewegungs- und Wahrnehmungsentwicklung, den psychomotorischen Leistungs- und Verhaltensbereich sowie die Entwicklung sozialer Kompetenzen bezieht.

Die Datenerhebung kann sich ebenfalls an chronologischen Verläufen orientieren oder es werden strukturierte Fragebogenverfahren¹¹¹ eingesetzt.

Über die ersten Eindrücke der Eltern und die Vorgeschichte hinausgehend, bieten *Interviews* die Möglichkeit, durch eine Reihe gezielter Fragen verbale Informationen über komplexere Zusammenhänge zu erfassen. Zur Verfügung stehen dafür einerseits standardisierte

¹⁰⁹ Das Anschreiben zum Fragebogen befindet sich im Anhang

¹¹⁰ Übersicht über die Datenstruktur in Kapitel 10.1.

¹¹¹ Strukturierte Fragebogenverfahren sind MEI von ESSER et al. 1989 oder AVAK von DEEGENER 1995

Interviews, in denen die Fragen in ihrem Wortlaut und in ihrer Reihenfolge festgelegt sind. Die Antworten können ebenfalls durchstrukturiert aber auch frei wählbar sein. Andererseits liegen halbstandardisierte oder teil-standardisierte Interviews vor, in denen die Gesprächsthemen festgelegt, die Fragen aber nicht im Detail formuliert sind oder in denen die Fragen festgelegt, die Antworten aber offen gelassen sind. Diese Form der Befragung setzt auf Seiten des Interviewten Offenheit und verbale Fähigkeiten voraus. Vom Interviewer erfordert es ein hohes Maß an Konzentration und Struktur, um die Antworten protokollieren zu können sowie Flexibilität, da Themenwechsel und umfassende Antworten den Überblick über die wesentlichen Bereiche verlorengehen lassen.

Die Art der Gesprächsführung und die Gestaltung der Gesprächssituation in Bezug auf das personale und das räumliche Setting haben einen Einfluss auf den Verlauf und die inhaltlichen Komponenten der diagnostischen Interviews.

Eine grundlegende Voraussetzung für das Erstgespräch ist eine optimale Vorbereitung auf die anzusprechenden Themenbereiche in Form eines vorgegebenen Anamneseschemas oder anhand eines Interviewleitfadens¹¹², der als Orientierung und Gesprächsgrundlage dient und die relevanten Themenbereiche umfasst. Zuerst sollten die Eltern über den Zweck der Befragung, den zeitlichen und personellen Rahmen informiert werden. Die Gesprächsdauer sollte zu Beginn festgelegt werden, sie beträgt zumeist 45 Minuten, eine ausreichende Zeit, um wesentliche Bereiche anzusprechen und die Aufmerksamkeit auf beiden Seiten aufrecht zu erhalten.

Wie bereits im Zusammenhang mit der Befragung von Kindern ausgeführt, gelten auch für die Erstgespräche mit Eltern, dass interaktionsbedingte Einflüsse den Umfang und die Objektivität der erhobenen Daten beeinflussen. Eine grundlegende Prämisse für eine angemessene Befragung ist die Gestaltung eines guten Kontaktes zwischen den Gesprächspartnern, eine wertschätzende Atmosphäre, in welcher der Interviewer den Äußerungen des Gegenüber mit größtmöglicher Neutralität begegnet. Unveränderlich bleibt jedoch, dass diese Erstgespräche aber innerhalb einer festgelegten Rollenbeziehung stattfinden, die mit bestimmten sozialen Erwartungen an den jeweiligen Interaktionspartner einhergehen und den thematischen Rahmen sowie die Darstellung der Informationen definieren. Steht beispielsweise die Frage der Zuweisung in eine Sondereinrichtung an, können Probleme des Kindes verfälscht oder bagatellisiert werden, um das diagnostische Urteil positiver ausfallen zu lassen.

Neben der Rollenkonfiguration ist auch die Zusammensetzung der Gesprächsteilnehmer

¹¹² Leitfaden zum Elterngespräch im Anhang

beim Erstgespräch für die zu erhebenden Informationen von Bedeutung. Die *duale Form* (ein Interviewer/ein Befragter), das Gespräch zwischen einem Elternteil - in der Regel der Mutter - und der Motologin bietet die Möglichkeit, in Ruhe Daten aus der Lebensgeschichte des Kindes zu erfassen. Die Erweiterung um den zweiten Elternteil erlaubt zusätzlich Einblicke in die Übereinstimmung oder Diskrepanzen in der Beurteilung des kindlichen Verhaltens zwischen den Eltern sowie einen ersten Eindruck partnerschaftlicher Bezüge. Das Gespräch zwischen der Motologin und der gesamten Familie (Eltern, Klient, Geschwister), die sog. *joint interview technique*, gewährt darüber hinaus Einsicht in das Sozialverhalten der Gesprächspartner, die Offenheit bzw. Tabuisierung von Themen innerhalb des Familiensystems, ist jedoch auch vielen Störfaktoren, die ebenfalls diagnostischen Wert haben können, unterworfen. Die sehr unterschiedliche Ausrichtung der Befragung in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der Gesprächsrunde sollte im Vorhinein klar und für den Diagnostiker handlungsleitend sein.

Die Kommunikation zwischen den Interaktionspartnern läuft über die verbale wie über die non-verbale Ebene. Auf non-verbaler Ebene sollte die Mimik und Gestik Interesse und Wertschätzung an den Äußerungen des Gegenüber signalisieren und den verbalen Äußerungen nicht entgegenstehen. Auf verbaler Ebene ist das Erreichen einer gemeinsamen Sprachebene anzustreben, so dass den Eltern die Fragen verständlich sind und die eigene Sprache (Fachjargon) nicht zu Hemmungen oder Minderwertigkeitsgefühlen führt. In diesem Sinne sind auch die sogenannten "Funktionsfragen" (ANGER 1969) einzusetzen, die weniger von inhaltlicher Bedeutung geleitet sind als vielmehr psychologische Funktionen erfüllen, indem sie z.B. stützende, strukturierende oder klärende Aufgaben leisten und das Gespräch lenken.

Als ergänzende Rahmenbedingung sollte die räumliche Konstellation eine ruhige, freundliche Gesprächsatmosphäre schaffen, die von äußeren Störungen unbeeinflusst ist und je nach personaler Zusammensetzung auch Spielmaterial für die anwesenden Kinder/Geschwister enthält.

Innerhalb des vorgegebenen Zeitlimits sollte auch das Gesprächsende eingeleitet werden, so dass abschließende Fragen noch geklärt oder nach Bedarf weitere Termine vereinbart werden können.

Ein nicht zu unterschätzender Aspekt seitens des Diagnostikers ist die Aufnahme und Verarbeitung der erhobenen Informationen. SCHRAML 1964 weist darauf hin, dass bei einer nachträglichen Niederschrift ca. 60% der (Detail-) Informationen verloren gehen. Für die klinische Praxis hat sich daher die stichwortartige Mitschrift während des Gesprächs be-

währt, insbesondere dann, wenn mehrere Familienmitglieder anwesend sind und ergänzende Beobachtungen ebenfalls berücksichtigt werden sollen.

Beobachtung der Eltern-Kind/Geschwister-Kind-Interaktion

Aus konzeptionellen Überlegungen sind die Eltern während der Erstkontakte im Raum zugegen. Die Vorteile der elterlichen Anwesenheit liegen in einer besseren Eingewöhnung und Orientierung des Kindes, vorrangig aber darin, dass die Eltern später leichter nachvollziehen können, auf welchen Beobachtungen und Testverfahren die Einschätzung des Diagnostikers basieren. Je nach diagnostischer Intention sind klare Absprachen über das Verhalten der Interaktionspartner notwendig. Steht die gezielte Beobachtung des Kindes in seinem Bewegungs- und Spielverhalten im Vordergrund, werden die Eltern gebeten, sich mit Kommentaren und Anweisungen zurückzuhalten und nicht aktiv ins spielerische Geschehen einzugreifen. Wenn es die räumlichen Gegebenheiten zulassen, sollten die Eltern die Möglichkeit haben, das diagnostische Geschehen ungestört durch eine Einwegscheibe beobachten zu können. Für die Eltern hat dies den Vorteil, ihr Kind aus unbeteiligter Perspektive wahrnehmen zu können, aus therapeutischer Sicht erleichtert die Zweierkonstellation den Beziehungsaufbau zum Kind. Die räumliche Trennung ist zwingend notwendig, wenn sich die Gegenwart der Eltern störend auf den diagnostischen Prozess aufgrund von vorschnellem Eingreifen oder Spannungen im Beziehungsaufbau zur Motologin auswirkt. Dieser Eindruck ist für die Diagnostik ebenso wie für eine weiterführende Therapie von Bedeutung und sollte im Elterngespräch thematisiert werden.

Da die kindliche Entwicklung im Familiensystem stattfindet, ist die Beobachtung der Kommunikation zwischen Eltern und Kind, gegenseitiger Erwartungen und Ansprüche sowie familiärer Regeln und Strukturen relevant, die zum Teil in gemeinsamen Aktionen zum Tragen kommen. Unter diesem Aspekt ist die aktive Mitgestaltung und Teilnahme der Eltern erwünscht resp. wird vom Therapeuten angeregt.

Auf der Ebene familiensystemischer Betrachtungen sollte auch die Beobachtung der Geschwisterbeziehung im diagnostischen Procedere Berücksichtigung finden. Die Teilnahme der Geschwister an einzelnen Stunden bietet sich an, um:

- ◆ eine für das Kind bekannte und *entspanntere Situation* zu schaffen, in der es nur indirekt Focus der Untersuchung ist
- ◆ die *Beziehung* zwischen den *Geschwistern* zu betrachten und
- ◆ die *Verhaltensweisen* der *Eltern* gegenüber den Geschwistern zu beobachten.

Gerade Kinder mit einem ausgeprägten Störungsbewusstsein verweigern sich oft in den Erstkontakten, so dass die Anwesenheit eines Geschwisters eine *Entlastung* bedeuten kann, da die Kinder nicht alleine im Mittelpunkt der Beobachtung stehen und sich zugleich an vertrauteren Strukturen orientieren können.

Darüber hinaus eröffnen die gemeinsamen Stunden einen Einblick in die *Beziehung* zwischen den Geschwistern. Folgende Aspekte sind dabei von Bedeutung:

Dominanzstreben versus natürliche Hierarchie

Bedingt durch das Lebensalter und die vorhandenen Fähigkeiten gibt es in der Geschwisterreihe eine natürliche Hierarchie, die mit bestimmten Vorrechten verbunden ist. Wird durch Probleme beim älteren Kind diese Hierarchie auf den Kopf gestellt, kann dies zu Dominanzstreben und ständigen Auseinandersetzungen zwischen den Geschwistern führen. Verunsicherungen innerhalb der Geschwisterposition haben oftmals Macht- und Wettkämpfe über Nichtigkeiten zur Folge, die in der natürlichen Hierarchie mit mehr Großzügigkeit und Gelassenheit geregelt werden. Aufmerksamkeit gilt auch den elterlichen Verhaltensweisen, diese natürliche Rangordnung zu stützen.

Rollenverteilung

Infolge äußerer Faktoren (Alter/Fähigkeiten) sowie durch Erwartungen und Zuschreibungen der Eltern übernehmen die Kinder Rollen, die ihr Verhalten und die Sichtweise ihrer eigenen Handlungen und die der Geschwister bestimmen, die sogenannten *frozen images*.

Gegenseitige Anregung

Aufgrund des unterschiedlichen Alters einerseits und unterschiedlicher Interessen und Fähigkeiten andererseits bieten Geschwister untereinander Potential zur gegenseitigen Anregung und Entwicklungsförderung. Dabei fällt dem älteren Geschwisterkind nicht zwangsläufig die Rolle des Animateurs oder Initiators zu, wie gemeinsame Therapiestunden belegen. So bieten häufig die jüngeren Geschwister den bewegungsbeeinträchtigten und in ihrer Handlungsplanung eingeschränkten Kinder Ressourcen für Nachahmung und Motivation. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Beobachtung inwieweit es einen Ausgleich auf anderen Handlungsebenen gibt, um die natürliche Hierarchie aufrecht zu erhalten.

Fallbeispiel:

Der 7;6 jährige Jochen hatte eine ausgeprägte Koordinationsstörung, Probleme in der Planung und Ausführung serialer Leistungen sowie in der simultanen Beachtung mehrerer Handlungsstränge. Jochen war in unbekannten und durch viele parallel laufende Aktionen geprägten Situationen (Gruppenstunden) hochgradig verunsichert und handelte oftmals

sehr stereotyp mit wenig Variationen und Explorationstendenzen. Der zweieinhalb Jahre jüngere Bruder Sven war dagegen ein bewegungsfreudiges, explorativ erkundendes Kind. In den gemeinsamen Stunden schaffte Sven einen strukturierten Handlungsrahmen, der Jochen aufgrund der eingespielten Organisation Sicherheit und Handlungsmöglichkeiten bot. Ferner vermittelte Sven in den von Jochen teilweise stereotyp aufgebauten Bewegungsbahnen durch sein natürliches Explorationsverhalten vielfältige Bewegungs- und Handlungsvorbilder, die Jochen zum Nachahmen animierten. Die in diesem Bereich sichtbare Überlegenheit des jüngeren Bruders relativierte Jochen in den gemeinsamen Stunden dadurch, dass er mich wiederholt aufforderte dem jüngeren Bruder beim Umziehen zu helfen, da dieser es noch nicht alleine könne und somit seine Position als Älterer bestärkte. Zu meinem Erstaunen akzeptierte Sven meine Hilfe, obgleich er durchaus in der Lage war, sich selber anzukleiden.

Ein wesentliches Kriterium für die Aufrechterhaltung der natürlichen Hierarchie und Rollenidentifikation ist das Verhalten der Eltern. Die Betrachtung der familiären Strukturen in Bezug auf die Geschwisterkinder erfolgt unter folgenden Aspekten:

Wahrnehmung inter- und intraindividuelle Unterschiede

Nehmen die Eltern die Fähigkeiten, Belange und Bedürfnisse des einzelnen Kindes wahr und schlagen sich diese Einschätzungen in einem differenzierten Erziehungsverhalten nieder. Erleben die Eltern intraindividuelle Unterschiede im Verhalten ihrer Kinder oder werden feststehende Bilder transportiert, die zu einer Kategorisierung "der ist unruhig" beitragen und damit zur Festlegung von Rollen führen.

Rollenzuschreibung

Gibt es von Seiten der Eltern überdauernde Rollenzuschreibungen, die von den Kindern bereits übernommen werden und das Miteinander prägen.

Geschwisterkind als Außenkriterium für das häusliche Anregungsniveau

Bei der Fragestellung inwieweit Deprivation als Ursache für eine Störung oder Auffälligkeit des Kindes verantwortlich ist, kann die Beobachtung der Geschwister nützliche Hinweise bieten. Zeigen mehrere Kinder ähnliche Beeinträchtigungen kann das häusliche Anregungsniveau als Bedingungsfaktor in Betracht kommen. Wird nur ein Kind innerhalb der Familie auffällig, so kann dies im Kind begründet sein oder für die einzelnen Geschwister liegen differierende Verhältnisse vor, die über die für jedes Kind normalen Unterschiede in der aktuellen Familiengeschichte hinausgehen. Dies ist der Fall, wenn ein Kind die Sündenbockrolle übernimmt oder in die Auseinandersetzungen zwischen den Eltern hineinge-

zogen wird.

Das Ergebnis der Beobachtungen dient nicht nur der Klärung möglicher Ursachen für auffälliges Verhalten, sondern findet ebenso Eingang in das therapeutische Handeln. Die Analyse der Geschwisterbeziehung bietet Ansätze für die begleitende Elternberatung und kann für das therapeutische Setting eingesetzt werden, indem z.B. die Geschwister in den Förderprozess miteinbezogen werden¹¹³.

5.3. Interaktion mit beteiligten Institutionen

Da die vorgestellten Kinder in der Regel erst in einer sekundären Sozialisationsinstanz (Spielgruppe/Kindergarten) auffällig werden, sind ausführliche Berichte der beteiligten Pädagogen für die Bewertung des kindlichen (Störungs-)Verhaltens von besonderer Bedeutung. Im Verlauf des klinischen Einbestellungsverfahrens erhalten die involvierten Kindergärten und/oder bereits kontaktierte andere Facheinrichtungen/Therapeuten einen Fragebogen¹¹⁴, in dem sie zu einer Stellungnahme, einem Kurzbefund über das entsprechende Kind gebeten werden. Je nach Fragestellung werden auch standardisierte Fragebögen wie z. B. der Verhaltens-Beurteilungs-Bogen (VBV) von DÖPFNER et al. 1993 eingesetzt. Die schriftlichen Dokumente liegen der Motologin ebenfalls vor. In einzelnen Fällen kann bereits in der Diagnostikphase ein Hospitationsbesuch im Kindergarten erfolgen, um sich vor Ort über die Umgebungsbedingungen und das Kind in diesem Umfeld zu informieren.

¹¹³ Ausführlichere Darstellung in Kapitel 9.1.2.

¹¹⁴ Der Fragebogen für beteiligte Einrichtungen befindet sich im Anhang

6. Therapeutenverhalten in der psychomotorischen Entwicklungstherapie

Der vorliegenden Konzeption liegt die Annahme zugrunde, dass Störungen in den motivationalen, kognitiven und emotional-affektiven Faktoren der Handlungsregulation die handelnde Auseinandersetzung des Individuums mit seiner dinglichen und personalen Umwelt beeinträchtigen. Die Folge dieser Handlungseinschränkungen sind einerseits eine Stagnation im Erwerb neuer Handlungskompetenzen und andererseits Selbstwerteinschätzungen, die ein konstruktives Handeln zur Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben und damit Wachstumserweiterung hin zu einer positiven Identität (Persönlichkeit) beschränken. Die Befangenheit aufgrund motivationaler und volitionaler Prozesse, sich neue Aufgaben zu suchen und sich neuen Herausforderungen zu stellen, wirkt sich derart hemmend aus, dass diese Kinder als entwicklungsbeeinträchtigt bezeichnet werden können. Vorrangigstes Ziel der therapeutischen Intervention ist demzufolge die allgemeine Förderung der Entwicklung sowie die Reduzierung entwicklungshemmender, personimmanenter oder umweltbedingter Einflussgrößen durch gezielte Maßnahmen.

Ausgangspunkt jeglicher Intervention ist die individuelle Situation jedes einzelnen Kindes, die eine Neukonstruktion des therapeutischen Vorgehens in jedem Einzelfall erforderlich macht. Die Analyse der Störfaktoren sowie die Schaffung entwicklungsanregender Umgebungsbedingungen, die den Abbau festgefahrener handlungsregulierender Mechanismen und den Aufbau neuer Verhaltensmuster ermöglichen, bedürfen gezielter durch den Therapeuten initiierteter Spiel- und Bewegungssituationen. Die Interaktion zwischen Kind und Therapeut ist durch spezifische therapeutische Regeln und Rahmenbedingungen reguliert, die ein entwicklungsförderndes, interaktives Handeln erlauben.

Die Ausarbeitung und Darstellung der therapeutischen Konzeption erfüllt primär zwei Funktionen, einerseits soll sie allgemeine Regeln und „Handlungsanweisungen“ enthalten, die eine Übertragung auf andere Bereiche und eine Durchführung durch andere Therapeuten ermöglichen, andererseits sollen die eingesetzten Interventionen möglichst effektiv sein.

Das konzeptionelle Regelwerk umfasst therapieübergreifend im Wesentlichen zwei Bereiche, die Beziehungsregeln und die Methodenregeln¹¹⁵.

Die *Beziehungsregeln* enthalten Angaben, wie der Therapeut die Beziehung zum Klienten gestalten und wie er sich in der therapeutischen Interaktion verhalten soll, um den Klienten zur Mitarbeit zu motivieren. Die *Methodenregeln* enthalten Handlungsanweisungen, was

¹¹⁵ Siehe auch SCHULTE 1996

der Therapeut bei Vorliegen eines Problems tun soll, um einen Veränderungsprozess einzuleiten, sie kennzeichnen therapeutische Techniken oder Methoden.

In der vorliegenden Konzeption werden die Methodenregeln anhand der therapeutischen *Phasen* dargestellt, die in ihrem Ablauf festgelegt und durch spezifische inhaltliche Schwerpunkte und methodische Schritte gekennzeichnet sind.

Die Beziehungsregeln umfassen konkrete Anleitungen für das *Therapeutenverhalten*, das sich in

- ◆ allgemeine Prinzipien und
- ◆ spezifische, am Störungskonzept orientierte Prinzipien unterteilt.

Im Rahmen der allgemeinen Prinzipien werden auch die Kriterien der inhaltlichen Gestaltung bzw. Themen der Förderung analysiert. Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wie z.B. die kindlichen Entwicklungsverläufe oder die konkreten Lebensbedingungen können thematische Schwerpunkte abgeleitet werden, die im Sinne eines Leitfadens eine inhaltliche Strukturierung der therapeutischen Einheiten ermöglichen.

Die einzelnen Prinzipien sind nicht eindeutig den Phasen zuzuordnen, es gibt jedoch unterschiedliche Gewichtungen im Auftreten und Einsatz des spezifischen Therapeutenverhaltens.

Die therapeutische Intervention in der psychomotorischen Entwicklungstherapie ist in der Regel eine Angelegenheit zwischen zwei Personen, die miteinander in gegenseitige Beziehung treten¹¹⁶. Die Verbindung zwischen diesen beiden Persönlichkeiten ist für die Therapie konstituierend und stellt mit ihren Möglichkeiten und Schwierigkeiten den zentralen Wirkfaktor im therapeutischen Setting dar. Dank dieser Beziehung entsteht ein therapeutischer Beziehungsraum, in welchem das Kind, das Eigene seiner Person zur Entfaltung bringen kann, gefördert durch das mit Intuition und Fachwissen verbundene Interesse der therapeutischen Fachkraft an diesem Entfaltungsprozess. Fachwissen und Erfahrung, verbunden mit der Achtung vor der Intuition, Respekt vor der Andersartigkeit des Anderen, eine Übereinkunft über Aufgaben und Modalitäten der gemeinsamen Arbeit und die Reflexion über die Beziehung und über das, was innerhalb dieser geschieht, machen die fachliche Spezifität der therapeutischen Beziehung zur Unterscheidung von anderen, allgemeinen Beziehungen aus.

¹¹⁶ Ausgangspunkt der Überlegungen ist zunächst die Einzelförderung

SCHMIDTCHEN (1996, 125) stellte aufgrund der Überlegungen, dass die Verhaltensweisen des Therapeuten für die Wirksamkeit der Intervention ausschlaggebend sind, einen Katalog an Therapeutenverhaltensweisen zusammen, deren Relevanz sich in verschiedenen Studien bestätigte:

- ◆ Kongruenz (bzw. Echtheit) in der Beziehung zum Patienten (sich einbringen)
- ◆ Unbedingte Wertschätzung
- ◆ Präzises Verständnis für die vom Patienten wahrgenommene Welt der internalen und externalen Realität (verstehende und kommentierende Spielbegleitung)
- ◆ Nichtverbaler Ausdruck von Kongruenz, Wertschätzung und Verständnis
- ◆ Herstellen eines guten Kontaktes
- ◆ Herstellen einer Atmosphäre des Gewährenlassens und der gefühlsmäßigen Offenheit
- ◆ Erkennen und Achten der Selbstheilungsfähigkeiten des Patienten (nicht lenkendes Verhalten)
- ◆ Langsames, schrittweises Vorgehen bei der therapeutischen Arbeit
- ◆ Ermöglichen von Realitätsbezügen
- ◆ Stimulation der Mitverantwortung des Patienten bei der Beziehungsgestaltung

Die genannten Merkmale implizieren das Modell einer antwortgebenden (respondenten) Bindungsperson, die ein aktiver Interaktionspartner ist und sich als Person mit ihren Gefühlen, Gedanken und Wertvorstellungen einbringt.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, das Kind zu selbstgeleiteter Reflexion und selbstbestimmtem Handeln zu veranlassen, um so die Selbstheilungskräfte des Kindes durch Spieltätigkeiten zu mobilisieren. Dies bedeutet auch, die Auseinandersetzungsform des Kindes mit Entwicklungsthemen zu akzeptieren, seine besondere Art, Erleben auszudrücken, zu verstehen und ihm dieses Verstehen kindgemäss zu vermitteln.

Das Ziel der folgenden differenzierten Beschreibung spezifischer Verhaltensweisen ist es, lehr- und lernbare Verhaltensdimensionen des Therapeuten aufzeigen zu können. Diese Dimensionen werden als Strategien bezeichnet, da sie auf Wissen um Zusammenhänge und auf Arbeitshypothesen basierenden Handlungsanleitungen beruhen.

Für die direkte Arbeit mit dem Kind gelten sowohl allgemeine als auch spezifische Strategien, die sich aus den Einflussgrößen der Handlungsorganisation ableiten lassen.

6.1. Allgemeine Strategien

Die allgemeinen Strategien beschreiben die grundlegenden Handlungsprinzipien des Therapeuten im Rahmen der psychomotorischen Entwicklungsförderung, die unabhängig von der jeweiligen Störungssymptomatik gelten. Sie lassen sich aus den Grundannahmen der angewandten Motologie des Kindesalters ableiten, welche die dialogische Interaktion zwischen den Handlungspartnern, die Förderung der Selbsttätigkeit sowie die erlebniszentrierte Erfahrung in vielfältigen Lebensvollzügen in den Vordergrund stellen. Die allgemeinen Strategien bilden das Basiskonzept psychomotorischen Handelns, das in therapeutischen wie auch pädagogischen Handlungsfeldern Anwendung findet.

6.1.1. Gestaltung einer entwicklungsfördernden Klient-Therapeut-Beziehung

Die Unterstützung der kindlichen Entwicklung kann nur in einem Beziehungsgefüge realisiert werden, das durch positive Wertschätzung und Annahme gegenüber dem Kind gekennzeichnet ist. Dieser Haltung inhärent sind die nach ROGERS 1999 drei wesentlichen Einstellungen des Therapeuten seine Echtheit oder *Kongruenz*, das vollständige und bedingungsfreie *Akzeptieren* sowie das sensible und präzise einführende *Verstehen*. Die Kongruenz des Therapeuten gilt als die grundlegendste aller Einstellungen, da die Offenheit und Echtheit der entgegengebrachten Gefühle den Therapeuten in der Beziehung zum Kind transparent werden lässt. Den Äußerungen des Therapeuten sind jedoch dahingehend Grenzen gesetzt, dass sie keine verletzenden oder abwertenden Bemerkungen über das Kind enthalten dürfen, vielmehr sind sie Ausdruck der eigenen Akzeptanz auftauchender Gefühle und Empfindungen. Die Echtheit setzt beim Therapeuten ein hohes Maß an Selbstreflexion und Kompetenz voraus, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen professionellem Handeln und persönlicher Integration hervorzubringen.

Eine positive Wertschätzung gegenüber dem Kind beinhaltet, dass der Therapeut die Gefühle und Äußerungen des Kindes bedingungsfrei akzeptiert. Das bedeutet, auch unangenehme oder verletzende Verhaltensweisen des Kindes als Ausdruck seiner ureigensten Handlungsmöglichkeiten anzusehen und nicht als Angriff auf die eigene Person. Wertschätzung beinhaltet die Akzeptanz des anderen als eigenständige, liebenswerte Person mit individuellen Bedürfnissen und Handlungsweisen. Die Wahrnehmung der phänomenalen Welt des Kindes mit ihren eigenen Bedeutungen charakterisiert den dritten Aspekt einer positiven Beziehung. Das Verstehen bezieht sich dabei nicht nur auf die dem Kind bewusste Ebene, sondern im Idealfall auch auf die Bedeutungen, die dem Kind direkt noch

nicht zugänglich sind. Der sich daraus entspannende Dialog des Verstehens und Verstandenwerdens verläuft bei Kindern primär über die Ausgestaltung der Spielrollen, erst nachrangig über die verbale Rückmeldung.

Ein weiteres Kriterium des Therapeutenverhaltens, das den drei vorausgegangenen Einstellungen innewohnt, jedoch unter dem Gesichtspunkt des Beziehungsaufbaus und der Kontingenzerfahrungen von besonderer Bedeutung ist, stellt die *Responsivität* des Therapeuten dar. Sie kennzeichnet die Feinfühligkeit des Therapeuten die kindlichen Signale wahrzunehmen und zu interpretieren und mit einer prompten und angemessenen Handlungsweise darauf zu reagieren. Die Responsivität ist einerseits ein elementarer Bestandteil für den Aufbau von Bindungserfahrungen, wie sie auch in der therapeutischen Beziehung realisiert werden und andererseits eine zentrale Voraussetzung für die Erfahrung eigener Wirksamkeit in sozialen Interaktionsprozessen. Die Wahrnehmung einer sicheren Beziehungsbasis ermöglicht dem Kind die notwendige Exploration seiner materialen und personalen Umwelt, fördert die damit verbundene Entwicklung eigener Kompetenzen und bietet Spielräume für die Ausgestaltung von Beziehungsmustern.

6.1.2. Förderung selbsttätigen Handelns

Im Vordergrund der therapeutischen Intervention steht nicht die Behandlung des Kindes, sondern die Anleitung zu selbständigem, problemlösendem Handeln. Hilfe zur Selbsthilfe ist die Prämisse, die den Erwerb individueller Lösungsstrategien als wesentliches Ziel herausstellt. Voraussetzung ist die Möglichkeit zur freien Exploration in einem geschützten, selbstwertstützenden Rahmen. Der Therapeut muss dem kindlichen Entwicklungsstand angemessene Spiel- und Bewegungsangebote schaffen, deren Bewältigung variable Lösungswege erlaubt und mit mittlerer Anstrengung zu erreichen ist. Die Orientierung am individuellen Kompetenzniveau des Kindes setzt eine prozessbegleitende differenzierte Beobachtung durch den Therapeuten voraus sowie die Umsetzung der Ergebnisse in erlebniszentrierte spielerische Bewegungsaufgaben. Den Spiel- und Bewegungssituationen inhärent sind Entscheidungsspielräume hinsichtlich der Art und Weise der Aufgabenbewältigung sowie der Ausgestaltung von Spielrollen. Der Interaktionsprozess ist demnach durch ein gegenseitiges Führen und Folgen gekennzeichnet, indem die Anregungen des Kindes aufgegriffen und eigene Ideen angeboten werden. Vom Therapeuten erfordert diese Strategie ein hohes Maß an Offenheit und Flexibilität bezüglich der Gestaltung und Durchführung der therapeutischen Einheit. Die dargebotenen Bewegungsanlässe führen beim Kind möglicherweise zu anderen assoziativen Themen als vom Therapeuten erwartet und inten-

diert. Die Professionalität des Therapeuten ist durch die Fähigkeit gekennzeichnet, die Möglichkeit des Auslebens aktualisierter Inhalte hin zu einer selbsttätigen Verarbeitung noch nicht bewältigter Erfahrungen mit den aus therapeutischer Sicht angestrebten Förderzielen in Einklang zu bringen. Diese Kompetenz kulminiert in der Auswahl und Gestaltung einer differenzierten Angebotsstruktur, welche den kindlichen Bedürfnissen einerseits und der intendierten Kompetenzerweiterung andererseits gleichermaßen gerecht wird.

6.1.3. Förderung erfahrungs- und bedeutungsschaffenden Lernens

Erfahrungs- und bedeutungsschaffendes Lernen ist nur in einem angemessenen Lernklima und einer geeigneten Lernumwelt zu realisieren. Das adäquate Lernklima schafft der Therapeut durch sein freundliches, zugewandtes und anregendes Verhalten, das beim Kind die Angst vor Mißerfolg und Versagen reduziert. Ein differenziertes Materialangebot, welches den kindlichen Spiel- und Handlungsbedürfnissen sowie seinen Fähigkeiten gerecht wird und die Freiheit, die Spielthemen selbständig auswählen zu können, schaffen die Voraussetzung, in einer angstfreien Lernumwelt vielfältige Erfahrungen erwerben zu können. Erfahrungszuwachs als ein aktiver, dynamischer situations- und subjektabhängiger Prozess, der dem Erkenntnisgewinn und dem Aufbau von Handlungsplänen dient, ist geprägt von dem Sinn und dem Bedeutungsgehalt, den die einzelne Situation für das Kind beinhaltet. Das einführende Verstehen dieser kindlichen Erfahrungswelt, die behutsame Reflexion inhärenter Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse sowie das im spielerischen Handeln angebotene Problemlöse- und Handlungspotential stellt die eine Seite erfahrungsschaffenden Lernens dar. Die andere Seite umfasst die Einbindung und den Transfer der so gewonnenen neuen Erfahrungen in den aktuellen Lebensbezug des Kindes, so dass neue Bedeutungs- und Handlungsdimensionen eröffnet werden.

Das verstehende, reflektierende und ressourcenbildende Therapeutenverhalten findet in einem Handlungsrahmen statt, dessen Basis zu Beginn durch gezielte Angebote des Therapeuten angeregt wird und dessen thematische Ausgestaltung sich im weiteren Verlauf durch den interaktiven Prozess zwischen den beiden Spielpartnern entwickelt.

Unter dem Aspekt der Situationsanalyse, die durch das Kind vorgenommen wird und welche die Handlungsmotivation bestimmt, sind die initialen Spiel- und Bewegungsangebote für den therapeutischen Verlauf von besonderer Relevanz. Welche Themen und Situationen für das Kind Sinn- und Bedeutungsgehalt haben, wird mit Hilfe der in der Eingangs- und prozessbegleitenden Diagnostik erhobenen Daten eruiert.

Als Basis für die Auswahl der Themen und die Gestaltung der Angebote gelten der **individuelle Entwicklungsstand**, die **kindlichen Lebensbedingungen**, die **sozio-kulturellen Bedingungen**, die **situativen Umstände**, die **Interventionsziele** sowie das **Störungsbild**.

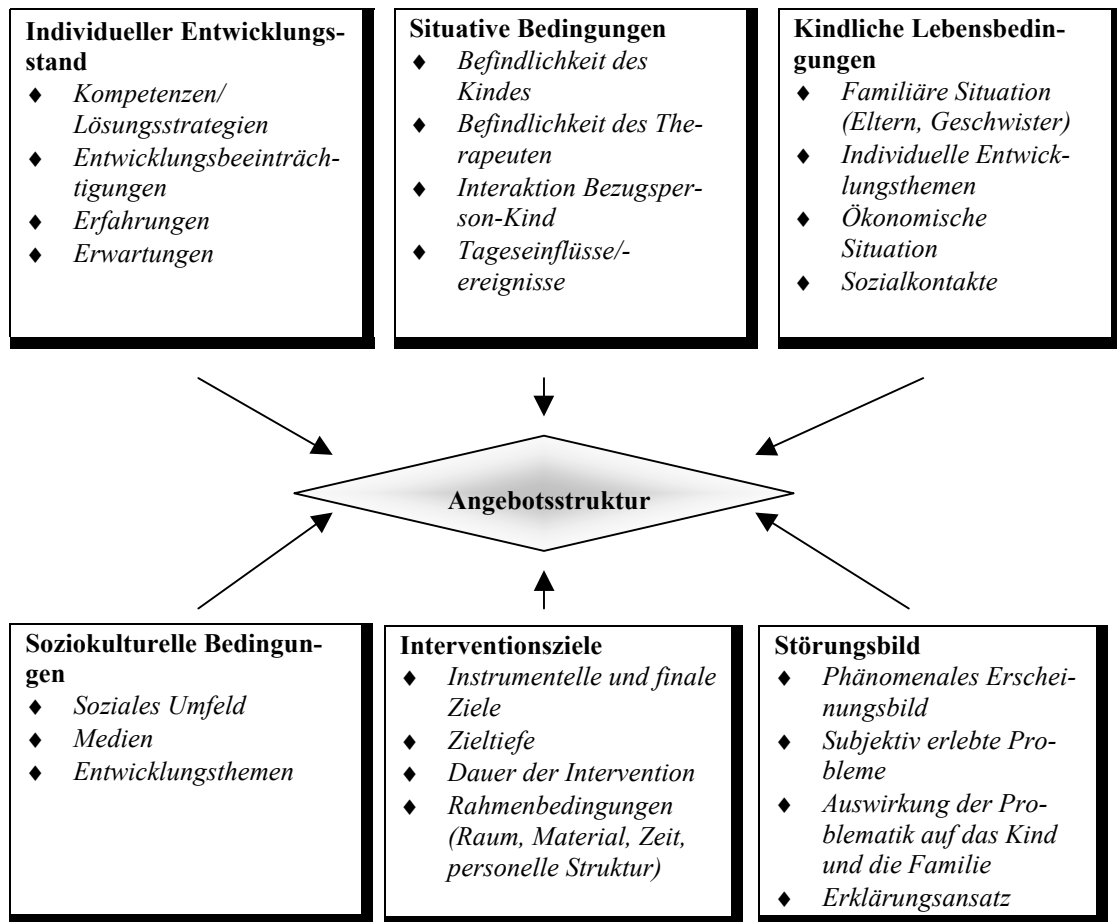


Abb. 20 Einflussgrößen auf die Struktur psychomotorischer Angebote

Aus der Analyse der für das jeweilige Kind relevanten Lebenskontexte lassen sich konkrete Themen und die Angebotsstruktur für die einzelnen Therapiestunden ableiten. Da aktuelle, situative Faktoren eine ganz wesentliche Rolle spielen, ist vom Therapeuten eine große Flexibilität gefordert, sich auf akute Ereignisse einzulassen und deren Verarbeitung aufzugreifen. Die Basisbereiche, aus denen sich eine adäquate Angebotsstruktur, die erfahrungs- und bedeutungsschaffendes Lernen erst ermöglicht, ableiten lässt, beinhalten folgende Aspekte:

Der **individuelle Entwicklungsstand** spiegelt die aktuellen, zur Verfügung stehenden *Kompetenzen*, Lern- und Lösungsstrategien des Kindes in den einzelnen Verhaltensberei-

chen (Motorik, Wahrnehmung, Spiel, Sprache, psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich, Sozialverhalten) wider, welche die wesentlichen Ressourcen und Ansatzpunkte der Therapie darstellen. Sie bilden gewissermaßen die sichere (Handlungs-) Basis, von der aus neues, unbekanntes Territorium erobert werden kann. Gleichermäßen relevant sind die individuellen *Grenzen der kindlichen Handlungsfähigkeit*, die unter Umständen im jeweiligen Lebensumfeld zur Konstatierung auffälligen, behandlungsbedürftigen Verhaltens beigetragen haben. Die bis zum aktuellen Zeitpunkt in vielfältigen Handlungsfeldern gesammelten *Erfahrungen* des Kindes in Bezug auf die eigene Person, welche die Ausgestaltung der individuellen Selbstkonzepte prägen, bestimmen das Interesse und die Motivation des Kindes zur Auseinandersetzung mit spezifischen therapeutischen Angeboten. So meiden die betroffenen Kinder oftmals diejenigen Handlungsfelder und Bewegungsaufgaben, in denen sie sich unsicher fühlen oder bereits negative Erfahrungen gesammelt haben. Die Stärkung des Vertrauens in die eigenen, wahrgenommenen Fähigkeiten steht somit zunächst im Vordergrund, bis in einem zweiten Schritt das Kind Bereitschaft signalisiert, sich mit neuen Herausforderungen auseinanderzusetzen. In Abhängigkeit von der individuellen Lerngeschichte kann dies entweder in klar strukturierten, gebundenen Aufgaben oder in eher offenen Bewegungsangeboten umgesetzt werden.

Vorausgegangene Erfahrungen und Erlebnisse bestimmen die eigenen *Erwartungen* aber auch Wünsche des Kindes hinsichtlich der Möglichkeit, Anforderungen unterschiedlichster Art bewältigen zu können, die ihrerseits als handlungsregulierende Komponente wirksam werden. Darüber hinaus prägen normative Erwartungen und Werte das Spektrum an Themen, das in die Therapie Eingang findet. Die Bewältigung konkreter Anforderungen eines Kindergartenalltags in Bezug auf soziale (Gruppenfähigkeit) oder (hand-) motorische Kompetenzen (Mal- und Bastelarbeiten) ist einerseits Abbild der konkreten Lebensumwelt des Kindes, mit dem es sich auseinandersetzen muss und andererseits als differenziertes Therapieziel Bestandteil der Angebotsstruktur.

Die aktuellen **kindlichen Lebensbedingungen** stellen eine zentrale Einflussgröße für die thematische Gestaltung der Therapie dar. Insbesondere die *familiäre Situation* wie Zusammensetzung der Familie (Eineltern-, Zweielternfamilie, Pflegefamilie, Adoptivfamilie) und/oder die Geschwisterkonstellation (Anzahl, Rangfolge, Geschlecht, besondere Kinder) beinhaltet oftmals vielfältige Themen, die als Übertragungsmuster vom Kind eingebracht werden und deren Aufarbeitung integraler Bestandteil der Therapie wird. Von besonderer Bedeutung sind die kritischen Lebensereignisse, die sich durch die Geburt eines Geschwisters, die Trennung der Eltern, den Tod eines nahen Verwandten oder durch Umzug in ein

neues Umfeld ergeben können. Das therapeutische Setting muss Raum für (Rollen-) Spiele schaffen, in denen die Kinder ihre Ängste und Sorgen durchspielen und gemeinsam mit dem Therapeuten nach Lösungsstrategien suchen können.

Fallbeispiel:

Die 7 jährige Ina wünschte sich über einen längeren Zeitraum Bewegungsaufbauten, welche alltäglichen Handlungsfeldern entsprachen wie z.B. Spielplatz, Kirmes, Eis laufen (mit Teppichfliesen zu Musik über den Hallenboden gleiten), Ski fahren (Schräge Ebene mit Unterlagen hinabfahren), etc.. Bevor wir die Aufbauten in Anspruch nahmen, überlegte sie welche Rolle ich innehatte bzw. wen sie auf ihre Reise mitnahm, die Mutter oder den Vater. Sie gab mir dabei sehr konkret vor, was ich zu tun hatte bzw. warum ich in meiner Rolle besonders geeignet war, diese Unternehmungen mitzumachen (Mutter kann gut Eis laufen, Vater hat Geld für viele Aktivitäten auf der Kirmes). Der Besuch der "Attraktionen" war mit reinem Ausprobieren der einzelnen Stationen verbunden, in denen wir beide wenig miteinander zu tun hatten. Vielmehr hatte ich die Aufgabe, das reibungslose Funktionieren zu organisieren und Leckerbissen (Eis, Pommes, Schokolade) zu besorgen. Der familiäre Hintergrund war die aktuelle Trennung der Eltern, die von der Mutter ausgegangen war, die nun beide Kinder zu versorgen hatte und gleichzeitig berufstätig war. Über das Besuchsrecht war ein Wettstreit zwischen den Elternteilen entstanden, bei denen die Mutter aufgrund ihrer Arbeitszeit und des knapperen Etats eher die alltäglichen Aktivitäten mit den Kindern durchführte (Spielplatz), während der Vater jedes Mal kostspielige Attraktivitäten (Kirmes, Fantasialand) anbot. Im Verlauf der Therapie wurden im Spiel die "Attraktionen" weniger und die alltäglichen Angebote (Spielplatz, Schwimmen) um andere Spielinhalte erweitert, die das gemeinsame Erleben, den Spaß und das gegenseitige Vertrauen in den Vordergrund rückten. Gleichzeitig berichtete die Mutter erleichtert, dass die Kinder nach den letzten Besuchsterminen erzählt hätten, dass es im Vergnügungspark zwar nett gewesen sei, sie aber lieber "richtig" mit dem Vater gespielt hätten und sich nun z.B. mehr auf die gemeinsamen Spielabende mit der Mutter freuten.

Eine nicht unerhebliche Bedeutung kommt auch der *ökonomischen Situation* der Familie zu, die eine ausreichende Befriedigung basaler Bedürfnisse nach Ernährung, Bekleidung und Ausstattung mit Spielmaterialien ermöglicht. Einige Kinder, deren Spielzeug nicht aus Gameboy, Play Station, Inliner, City Roller etc. besteht, fühlen sich oftmals in ihrer peer group benachteiligt und als Außenseiter, die an zahlreichen Aktivitäten oder auch Gesprä-

chen mangels entsprechender materieller Versorgung nicht teilnehmen können. Gleichwohl sich viele Eltern bewusst gegen diese ausgeprägte Konsumhaltung entscheiden, kann es im Rahmen der Therapie durchaus Thema sein, Fähigkeiten in anderen Bereichen zu fördern (Fussball etc.) und zugleich im Freizeitbereich eine Einbindung in (finanzierbare) Interessengruppen (Vereine, Jugendgruppen) anzuregen und *Sozialkontakte* aufzubauen, um eine Integration der Kinder zu ermöglichen.

Die **soziokulturelle Situation** spiegelt in erster Linie das *soziale Umfeld* mit seinen geltenden Regeln und Normen wider. Die bereits zuvor genannten ökonomischen Bedingungen bestimmen unter anderem die Wohnsituation der Familie und damit verbunden die Möglichkeit für das einzelne Individuum, Spiel- und Schutzräume zu schaffen. Der wiederholte Wunsch eines Kindes in der Therapie nach räumlicher Abgrenzung durch den Bau von Höhlen und Häusern, deren Zugang durch das Kind geregelt wird, kann z.B. Ausdruck für das Bedürfnis nach einer punktuellen Eigenständigkeit sein, die sich im häuslichen Rahmen nicht umsetzen lässt. Darüber hinaus fließen Bedingungen des sozialen Umfeldes in Form geltender sozialer Regeln in die thematische Gestaltung der therapeutischen Situation mit ein. Ein wiederkehrender kritischer Punkt sind die gängigen Formen der Konfliktbewältigung. Sind den Kindern überwiegend "schlagende Argumente" vertraut, werden Konflikte ausgesessen oder werden verschiedene situationsspezifische Lösungsmöglichkeiten vorgelebt? Insbesondere in den therapeutischen Gruppen ist die Thematisierung und Auflösung von Konflikten innerhalb der Gruppe ein wiederkehrendes wichtiges Handlungsziel.

Ein weiterer thematischer Ansatzpunkt ist der Einfluss und die Verfügbarkeit von *Medien*. Viele Kinder verbringen mittlerweile einen großen Teil ihrer Freizeit vor dem Fernseher, dem Game boy oder der Play Station, so dass die dort erlebten Spiele und Personen in umfassender Weise in die Therapie getragen werden resp. sich mitunter auch als Anknüpfungspunkte für therapeutische Interventionen anbieten. Die in letzter Zeit aktuellen Pokemon Figuren und Kampfsituationen bieten beispielsweise die Möglichkeit, Rollen zu übernehmen, Spiel- und Kampfregeln zu definieren, Technik und Taktik als zwei gleichwertige Strategien zu erleben und neue motorische Abläufe auszuprobieren.

Eine zentrale, soziokulturell bedingte Einflussgröße stellen die *Entwicklungsthemen* dar, mit denen ein Kind in bestimmten Lebensabschnitten konfrontiert wird. Im Vorschulalter stehen in der Regel die Integration in größere soziale Gruppen (Kindergarten, Spielgruppen, Vereine) und die damit verbundenen neuen sozialen Aufgaben und Leistungsanforderungen im Vordergrund. Die Einhaltung geltender Regeln, die Ausführung verbaler oder

motorischer Aktivitäten (singen, turnen, basteln) zu einem vorgegebenen Zeitpunkt im Vergleich mit Anderen stellen nur einige der Ansprüche dar, welche an die Kinder herangetragen werden und deren Nichtbewältigung emotionale Konflikte im Kind sowie Probleme im Kindertagessetting nach sich ziehen.

Die Aufarbeitung der emotionalen Konflikte des Kindes sowie die Förderung der für den aktuellen Lebensvollzug erforderlichen Kompetenzen bilden thematische Bausteine der Angebotsstruktur, entsprechen gleichzeitig aber auch den Interventionszielen.

Die Auswahl, Ausrichtung und Gewichtung der **Interventionsziele**¹¹⁷ definieren ihrerseits die inhaltliche und strukturelle Gestaltung der therapeutischen Maßnahme. Steht beispielsweise die Erweiterung motorischer Kompetenzen im Vordergrund bietet sich eine psychomotorische Förderung im Rahmen einer Kleingruppe an, innerhalb derer über variable Spiel- und Bewegungsangebote umfassende Fertigkeiten erworben werden können. Gilt die Auflösung emotionaler oder motivationaler Blockaden als das primäre Ziel wird eine Einzelförderung präferiert, bei der auf der Basis vorhandener Kompetenzen versucht wird, eigene Kontrollmöglichkeiten erlebbar und verfügbare Fertigkeiten als Ressourcen nutzbar zu machen. Die ausgehandelte Zieltiefe und die angestrebte Dauer der Intervention beeinflussen zudem das Spektrum der Angebote.

Derweil die vorangegangenen Kriterien die Basis für die Planung der jeweiligen Fördersequenzen darstellen, bilden die **situativen Bedingungen** eine Moderatorvariable, die nur begrenzt vorhersehbar ist, das aktuelle Tagesgeschehen jedoch hochgradig beeinflussen. Auf Seiten des Therapeuten können eigene Probleme oder Unpässlichkeiten die Aufmerksamkeit, Bereitschaft und Toleranz sich mit dem Kind und auf das Kind einzulassen, die Interaktion und den Verlauf der Therapiestunde beeinflussen. Ebenso sind die Tagesverfassung des Kindes sowie in besonderem Maße erfreuliche wie negative vorangegangene Erlebnisse bestimmende Merkmale, welche die Handlungs- und Interaktionsbereitschaft des Kindes bestimmen und gegebenenfalls eine kurzfristige Umgestaltung der Stunde notwendig machen.

Nicht zuletzt ist das phänomenal beobachtbare wie das erlebte **Störungsbild** handlungsleitend, indem spezifische Inhalte wie Stärkung des Selbsterlebens motorischer Fertigkeiten, Erwerb sozialer Kompetenzen, Vermittlung körperbezogener Sinneswahrnehmungen, etc. angesprochen werden. Ausgehend von den *Auswirkungen*, welche die konkrete Problematik für das einzelne Kind und die gesamte Familie hat, werden auch ergänzende Maßnahmen wie Einbeziehung der Eltern durch Beobachtung oder eigene Teilnahme oder

Beteiligung der Geschwister wirksam.

Der *Erklärungsansatz* auf den der Therapeut das Förderkonzept aufbaut, bestimmt als übergeordnete Theorie die Gestaltung und Angebotsstruktur der jeweiligen Interventionsmaßnahme und ist zugleich das Fundament der spezifischen Strategien, die das therapeutische Handeln im konkreten Einzelfall leiten und im Folgenden differenzierter dargestellt werden.

6.2. Spezifische auf das Störungskonzept bezogene Strategien

Die spezifischen Strategien therapeutischen Handelns lassen sich aus dem Störungskonzept ableiten. Da jede Intervention mit einem Kind eine Neukonstruktion des Einzelfalls darstellt, werden die Strategien in unterschiedlicher Gewichtung relevant. In jedem Fall intendiert der Therapeut mit seinem Verhalten eine Minimierung der Störvariablen im Handlungsverlauf durch den Aufbau von Handlungsalternativen und den Erwerb von eigenen Regulationsmechanismen beim Kind. Entsprechend den einzelnen Schritten des Handlungsverlaufs¹¹⁸ werden im Folgenden die spezifischen Strategien idealtypisch herausgearbeitet, die in der praktischen Arbeit ineinandergreifen.

6.2.1. Gestaltung der Anforderungssituation

Aus der Vielfalt und Fülle der für die psychomotorische Entwicklungstherapie zur Verfügung stehenden Materialien (Sportgeräte, psychomotorische Übungsgeräte, Alltagsmaterialien, kreative Medien wie Knete, Ton, Sand, Spielmaterialien für Funktions-, Konstruktions-, Symbol- und Rollenspiele, handmotorisches Material) arrangiert der Therapeut eine ausgewählte Komposition an Spiel- und Handlungsangeboten. Die Zusammenstellung und Anordnung der Materialien orientiert sich an den vom Kind zu bewältigenden Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen, die in der Diagnostikphase zu eruieren sind. Für den Therapeuten sind dabei folgende Überlegungen handlungsleitend:

- ◆ welche Hinweisreize (z.B. Auswahl an Materialien, Anordnung der Materialien im Raum) und Themen (Feuerwehr, Spielplatz) haben für das Kind Aufforderungscharakter
- ◆ die Hinweisreize dürfen nur eine geringfügige Abweichung zu dem darstellen, was das Kind normalerweise in der Situation erwartet

¹¹⁷ Detaillierte Grundlagen zur Bestimmung der Therapieziele siehe Kapitel 4.4.

¹¹⁸ Siehe Kapitel 4.1., S. 110

- ◆ welche Form der Präsentation löst Assoziationen zu vertrauten Strukturen aus z.B. identischer Aufbau bekannter Bewegungsangebote, ergänzendes Bildmaterial, Arbeit mit (Bewegungs-) Geschichten
- ◆ das Situationsangebot muss für das Kind bekannte, möglichst positiv besetzte Elemente in Verbindung mit neuen Strukturen enthalten; die inhärenten Aufgaben sind sinnvoll, interessant und bieten die Möglichkeit der weiteren Ausführung, Verwandlung und Bearbeitung
- ◆ die Aufgaben sollten einen mittleren Schwierigkeitsgrad aufweisen, da deren diagnostische Aussagekraft für das Kind am größten ist; zu schwere Anforderungen bergen die Gefahr eines Mißerfolgs in sich, während zu leichte Aufgaben beim Kind die Zuschreibung auslösen könnten, dass der Therapeut die kindlichen Fähigkeiten als sehr gering einschätzt
- ◆ welche Bedürfnisse des Kindes sind handlungsleitend (z.B. Experimentieren mit Leistungsgrenzen, Schutz und Sicherheit durch Rückzug in Höhlen)
- ◆ über welche Kompetenzen verfügt das Kind bzw. welche Aufgaben schätzt das Kind für sich als bewältigbar ein
- ◆ die Angebote sollten erlebniszentriert ausgerichtet sein, da der Transfer von Informationen aus dem Kurzzeitspeicher in den Langzeitspeicher um so besser gelingt, je mehr sie emotional affektiv belegt sind (im positiven wie im negativen Sinn) und demnach in neuen Situationen eher auf die gespeicherten Informationen zurückgegriffen werden kann
- ◆ die Speicherung und der Abruf von Informationen ist für die Situationsanalyse von besonderer Bedeutung; treten Probleme in diesem Bereich auf (neuropsychologische Störungen in der 2. Einheit der Aufnahme, Speicherung und Verarbeitung von Informationen nach LURIA 1992) wird der Situationsvergleich schwierig und jede auch an sich bekannte Situation erlebt das Kind als unbekannt.

Fallbeispiel:

Der 6 jährige Jens konnte (auch) alltägliche Gegenstände nur in ihrer Bedeutung erfassen, wenn sie in der für ihn vertrauten Form präsentiert wurden. In der letzten Therapiesitzung wollten wir gemeinsam mit den Eltern zum Abschied Kakao trinken und Kekse essen. Jens wollte zunächst nicht mitmachen, da seiner Meinung nach noch keine Tassen auf dem Tisch standen. Ich hatte aus unserem Bestand Henkelbecher gewählt und auf den Tisch

gestellt. Erst als die Mutter Unterteller unter die Becher stellte, waren für Jens Tassen vorhanden und er konnte sich an der Runde beteiligen.

6.2.2. Unterstützung im Entscheidungsprozess

Die Bewertung der Aufforderungssituation durch das Kind und die daraus resultierende Motivtendenz kann durch begleitende Maßnahmen des Therapeuten unterstützt werden. Die im Motivierungsprozess vorweggenommene Auswahl an Handlungsplänen und Erwartungen unmittelbarer wie weiterer Folgen kann durch gezielte assoziative Verknüpfungen mit bereits erfolgreich gemeisterten Situationen im Sinne einer antizipatorischen Bewältigung geleitet werden.

Die Anregung assoziativer Verknüpfungen kann auf direktem und auf indirektem Wege erfolgen. Auf direktem Wege weist der Therapeut systematisch auf vergleichbare, vom Kind erfolgreich bewältigte Handlungssituationen hin, indem er Ähnlichkeiten im Aufbau, in den inhärenten Anforderungen, in den erforderlichen Handlungsplänen, den zur Verfügung stehenden Kompetenzen sowie dem erfolgreichen Ausgang aufzeigt. Diese Hinweisreize müssen nicht in der aufgezählten Komplexität angeboten werden, eine schrittweise Präsentation erlaubt dem Kind individuelle Zwischenbewertungen.

Dieser sehr stark von außen geleiteten Verfahrensweise steht ein eher indirektes Vorgehen gegenüber, welches die eigenständigen Regulationsprozesse beim Kind stärker anregt. Bei dieser Methode wird mit Hilfe gezielte Fragen angestrebt, assoziative Verknüpfungen beim Kind auszulösen (*Kennst du so ein Klettergerüst? Bist du schon mal auf ein Gerüst hochgeklettert? Wie sah das Klettergerüst aus? Hat es Ähnlichkeiten mit dem Gerüst was du hier siehst? Wie bist du hochgekommen?*). Das Ziel der Fragestellung ist es, die Aufmerksamkeit des Kindes auf die für die antizipatorische Bewältigung notwendigen situations- und handlungsrelevanten Merkmale zu richten beziehungsweise Hinweise darauf zu geben, welche weiteren hilfreichen Informationen erforderlich sind und wie sie eruiert werden können.

6.2.3. Förderung bei der Auswahl von Handlungsstrategien

Die Auswahl der Angebote sollte so gestaltet sein, dass das Kind freie Wahlmöglichkeiten hat und die Bewegungsaufgaben offen sind, d.h. verschiedene Variationen und Lösungsmöglichkeiten erlauben. Bei konkreten Aufgabenstellungen z.B. dem Erklimmen eines Mattenberges sollte das Ziel, die Spitze des Berges zu erreichen, bekannt, der Weg dorthin

jedoch individuell (durch Klettern, Krabbeln, Laufen, etc.) zu gestalten sein. Besondere Aufmerksamkeit ist auf das Anspruchsniveau des Kindes zu richten, welches durch den Therapeuten zu hinterfragen ist. Ergeben sich Hinweise auf überhöhte oder zu niedrige eigene Anforderungen ist das Anspruchsniveau entsprechend dem kindlichen Leistungsstand zu korrigieren.

Die individuelle Bezugsnorm des Kindes stellt einen wichtigen Maßstab dar, an dem individuelle Leistungssteigerungen gemessen werden. Fortschritte im Bereich der Handlungskompetenzen müssen kognitiv repräsentiert werden, indem sie über den Prozess der sprachlichen Interaktion zwischen Therapeut und Kind zunächst in die äußere Sprache herausgehoben werden. In einem zweiten Schritt sollte über die Anregung zur Selbstverbalisation (*Wie hast du die Aufgabe gelöst? Was musstest du dafür tun? Hast du das früher schon mal geschafft?*) der Prozess zur inneren Sprache angeregt werden. Die Realisierung eigener Kompetenzen in spezifischen Situationen steht im Dienste der Veränderung der Kausalattribution und damit des Aufbaus von Kontrollüberzeugungen.

6.2.4. Steuerung der Zuschreibungsprozesse

Das wesentlichste Element der therapeutischen Strategien stellt die Beeinflussung der kindlichen Zuschreibungsprozesse nach (erfolgreicher) Bewältigung der Bewegungsaufgabe dar. Da eine dysfunktionale Kausalattribution als Auslöser für negative selbstwertbezogene Beurteilungen sowie leistungsmotivationale Einschränkungen angesehen wird, ist das zentrale Anliegen die Vermittlung adäquater Zuschreibungen. Die Axiome der therapeutischen Intervention lassen sich aus den in Kapitel 1.2.2. dargestellten Grundlagen des dreifaktoriellen Modells der Ursachenerklärung nach WEINER 1994 und des Kovariationsmodells nach KELLEY 1967 ableiten¹¹⁹.

Unter dem Aspekt der Zielausrichtung stellt sich zunächst die Frage nach der *wünschenswerten* intendierten Ursachenzuschreibung. Ausgehend von den Basistheorien der Leistungsmotivation nach WEINER, der erlernten Hilflosigkeit nach SELIGMAN 1999 und der Selbstwirksamkeit nach BANDURA 1977b gelten folgende Tendenzen der Zuschreibung nach Erfolg bzw. Mißerfolg als wünschenswert. Bei erfolgreicher Bewältigung einer Handlungsaufgabe wird eine Ursachenzuschreibung auf internale Faktoren (Begabung - stabil oder Anstrengung - variabel) favorisiert. Wird *Begabung* als stabile Komponente gewählt, hat dies positive Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die Erfolgserwar-

tungen, zugleich beinhaltet dies aber die kritischen Aspekte, dass keine persönliche Kontrolle ausgeübt werden kann (da Begabung nicht kontrollierbar ist) und die Motivation beeinträchtigt wird, dadurch dass eine Intensivierung der Anstrengung keine Leistungssteigerung ermöglicht. Die Attribution auf den internalen, variablen Faktor *Anstrengung* impliziert die persönliche Kontrollmöglichkeit durch das Individuum, das motiviert ist, eine Veränderung herbeizuführen. Gleichzeitig kann diese Zuschreibung für den Handelnden bedeuten, dass er über geringe Begabung verfügt, insbesondere dann, wenn mit hoher Anstrengung bei einer relativ leichten Aufgabe attribuiert wird. Nach Mißerfolg wird die Zuschreibung auf den variablen, internalen Faktor Anstrengung bevorzugt, der zwar Schuldgefühle hervorrufen kann, jedoch Veränderungen und persönliche Kontrolle ermöglicht. Für den Therapeuten bedeutet dies, eine differenzierte Analyse der jeweiligen Situation und eine Abwägung der potentiellen Konsequenzen vorzunehmen, welche die Zuschreibung für das Kind haben kann. Unter der Voraussetzung, dass erlebte persönliche Kontrolle eine wesentliche selbstwertstützende und motivationsfördernde Erfahrung für das Individuum darstellt, bleibt der interne, variable Faktor Anstrengung das zentrale Zuschreibungskriterium.

Für die psychomotorische Entwicklungstherapie bieten sich für den Einfluss auf die Ursachenzuschreibung drei Technikmodelle an, die sich bereits in der klinischen Psychologie und in pädagogischen Einsatzfeldern bewährt haben, die verbale **Mitteilung attributionsrelevanter Informationen**, die **Kausalattribution durch den Therapeuten und Modell-Lernen** sowie die **indirekte Kommunikation**.

6.2.4.1. Mitteilung attributionsrelevanter Informationen

Die Grundlage für diese Technik bildet das Kovariationsmodell nach KELLEY¹²⁰, aufgrund dessen sich die Interventionen systematisieren lassen. Dieser Zugangsweise liegt die Annahme zugrunde, dass das Individuum entweder nicht über die entsprechenden Informationen verfügt oder aber sie nicht entsprechend ausgewertet werden. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, im Dialog mit dem Kind die individuellen Überzeugungssysteme aufzudecken und die fehlenden Informationen zu ergänzen bzw. eine andere Bewertung vorzunehmen. Ein Vorgehen, das mitunter recht aufwendig und nur in Einzelsituationen zu realisieren ist.

¹¹⁹ Diese Konstrukte bilden auch die theoretische Basis der im klinisch-psychologischen Bereich bereits etablierten Reattributionstrainings siehe FÖRSTERLING 1985, 1986, 1996b, ZIEGLER/SCHOBER 1997

¹²⁰ Siehe Kapitel 1.2.2

In Anlehnung an KELLEYS Kovariationsmodell stehen drei Arten von Informationen für die Ursachenzuschreibung zur Verfügung *Konsensus*, *Konsistenz* und *Distinktheits* Informationen.

Konsensus Informationen dienen dazu, durch Hinweise auf das Verhalten anderer Kinder in ähnlichen Situationen, die eigene Bewertung zu beeinflussen. So kann die Mitteilung, dass andere Kinder im gleichen Alter diese Aufgabe nicht erfolgreich bewältigt haben (niedriger Konsensus) die Einschätzung der eigenen Kompetenzen erhöhen. Andererseits kann die Auskunft, dass auch andere Altersgenossen die Aufgabe nicht geschafft haben (hoher Konsensus), den eigenen Mißerfolg minimieren, da Aufgabenschwierigkeit als Verursacher in Frage kommt.

Konsistenz Informationen beziehen sich auf das gemeinsame Auftreten eines Verhaltens zu verschiedenen Zeitpunkten und in verschiedenen Situationen. In der Regel verfügen die Kinder über vielfältige Konsistenz Informationen ("*Ich schaffe es nie zu balancieren*"), so dass sich eine Veränderung in diesem Bereich als besonders schwierig erweist. Am ehesten gelingt eine Modifikation, indem völlig neue Situationen geschaffen werden, in denen das Kind vermeintlich fehlende Kompetenzen ausprobieren und erfahren kann (z.B. balancieren über einen zunächst breiten, sicheren Untergrund). Der inhärente Überraschungseffekt unterstützt die Wahrnehmung und die positive Bewertung des Effektes, sofern er auch wiederholt werden kann und nicht als einmaliges Erlebnis bestehen bleibt. Darüber hinaus hat der Therapeut die Möglichkeit, die bestehenden Konsistenz Informationen hinsichtlich ihrer Bewertung zu hinterfragen ("*Kannst du dich an keine Situation erinnern, wo du über etwas balanciert bist?*") oder durch Hinweise auf bereits erfolgreich bewältigte Ereignisse ("*Beim letzten Mal bist du hier über die Bank balanciert, um ans Fenster zu kommen*") zu nivellieren.

Distinktheits Informationen beziehen sich darauf, ob der Effekt in vielen Situationen auftritt (geringe Distinktheit) oder nur vereinzelt (hohe Distinktheit). So kann die pauschale Einschätzung des Kindes, "ich kann nicht bauen" durch Überprüfung der Aussage in anderer Situationen oder mit anderen Materialien ("*Baust du zu Hause mit Duplo/Lego; hast du im Kindergarten schon mal etwas gebaut?*") relativiert werden. Auf der anderen Seite besteht im Rahmen der Therapie nicht nur die Möglichkeit dysfunktionale Zuschreibungen zu verändern, sondern aufgrund erlebter neuer positiver Erfahrungen der Bewältigung funktionale Attributionen aufzubauen.

6.2.4.2. Kausalattribution durch den Therapeuten und Modell-Lernen

Neben der Bereitstellung attributionsrelevanter Informationen stellt die Ursachenzuschreibung durch den Therapeuten eine weitere Zugangsweise dar. Im Vordergrund steht dabei, dem Kind nach Bewältigung der Aufgabe Attributionsmuster anzubieten, um so eine veränderte Situationsbewertung zu erfahren. Es bleibt dabei durchweg offen, inwieweit das Kind die vorgenommene Zuschreibung für sich als relevant anerkennt und übernimmt. Die Beziehung zum Therapeuten und das Vertrauen in die Echtheit der Aussagen spielen dabei eine wichtige Rolle. Als wesentliches Merkmal der psychomotorischen Entwicklungstherapie gilt die möglichst selbsttätige Handlungsregulation des Kindes, so dass die von außen regulierten Prozesse zu Gunsten selbstinitiiert Abläufe in den Hintergrund treten sollten. Ausgehend von den durch den Therapeuten vorgenommenen Zuschreibungen sollten in einem zweiten Schritt vom Kind geäußerte, intendierte Zuschreibungen durch verbale Bekräftigung verstärkt werden (*"Genau, du hast die Aufgabe geschafft, weil du dich angestrengt hast"*), so dass eine zunehmend eigenständige positive Attribution das Handlungsziel wird. Abgesehen von der direkten sprachlichen Intervention bietet die Vermittlung adäquater Attributionen durch Modelle eine weitere Modifikationsmöglichkeit. Als Modell steht in der Einzelförderung in erster Linie der Therapeut zur Verfügung. Zusätzliche Modelle im Sinne stellvertretender Erfahrungen bilden die Protagonisten in Büchern und Geschichten, mit denen sich das Kind identifizieren und deren Handlungsstrategien und Zuschreibungen das Kind übernehmen kann. Im Rahmen therapeutischer Gruppen stellen auch andere Kinder ideale Modelle dar. Da die "Modelle" in der Regel ihre Attributionen nicht spontan sprachlich äußern, richtet sich die Intervention des Therapeuten darauf, durch Reflexionsfragen an das betreffende Kind (*"Warum hast du es geschafft mit dem Rollbrett durch den Parcours zu fahren ohne ein Hindernis umzufahren?"*) Zuschreibungsmuster für die anderen Kinder durch Herausheben in die äußere Sprache transparent zu machen. Unter dem Aspekt des Modell-Lernens ist der Zusammensetzung therapeutischer Gruppen besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

6.2.4.3. Indirekte Mitteilungen

Das letzte Modell ist eigentlich weniger im Sinne einer Technik ausgerichtet, vielmehr steht die permanente Reflexion des Therapeutenverhaltens unter dem Aspekt indirekt vermittelter attributionaler Informationen durch Gestik, Mimik, Verhalten und sprachliche Äußerungen im Vordergrund. Das Augenmerk ist auf das *Hilfeverhalten*, die Äußerung

von *Lob* und *Tadel* sowie auf *interpersonelle Emotionen* zu richten. Die erlebnis- und erfolgsszentrierte Gestaltung therapeutischer Spiel- und Bewegungssituationen setzt den Schwerpunkt auf die eigenständige Bewältigung durch die Kinder. Gleichwohl ergeben sich aus der handelnden Auseinandersetzung immer wieder auch "kritische Situationen", die aus Sicht des Therapeuten in ihrem weiteren Verlauf zu einem Mißerfolgserleben beim Kind führen können. Gewissermaßen als präventive Maßnahme werden oftmals unerbetene *Hilfestellungen* angeboten und ausgeführt, die der positiven Intention "Vermeiden von Mißerfolg" unterliegen. Für das betroffene Kind kann diese nicht angeforderte Unterstützung aber auch Ausdruck dafür sein, dass der Therapeut das Kind als nicht hinreichend begabt einschätzt, um die Aufgabe mit eigener Anstrengung bewältigen zu können. Die vermeintlich stützende Maßnahme beinhaltet für das Kind damit abwertende Zuschreibungen.

In gleicher Weise ist der oftmals unreflektierte Einsatz von *Lob und Tadel* und dessen paradoxe Wirkung in der psychomotorischen Entwicklungstherapie kritisch zu betrachten. Lob für eine erfolgreich gelöste Aufgabe soll das positive Erleben bestärken. Betrachtet das Kind die Aufgabenbewältigung aber als Resultat großer Anstrengung, beinhaltet das Lob des Therapeuten die Botschaft, dass es nicht über entsprechende Fähigkeiten verfügt, sondern "lediglich" die immensen Bemühungen zum Erfolg geführt haben. Eine möglichst sachliche und neutrale Reaktion auf positive Ereignisse scheint daher oftmals angemessener. Auf der anderen Seite kann Tadel - als negative Zuschreibung eher vermieden - für das Kind positive Botschaften enthalten. Die Kritik an der ausgeführten Handlung ist zwar Ausdruck der Unzufriedenheit des Therapeuten mit den Aktionen des Kindes, gleichwohl impliziert es aber auch die Erwartung, dass das Kind mit seinen Fähigkeiten mehr erreichen könnte und damit sozusagen eine positive Einschätzung der kindlichen Kompetenzen. Für die therapeutische Intervention, Ursachenzuschreibungen zu verändern, sind Kenntnisse über attributionale Mitteilungen durch Affekte besonders bedeutsam, speziell unter dem Gesichtspunkt der Kongruenz von verbalen Äußerungen und Verhalten des Therapeuten, da einige *emotionale Äußerungen* beim Kind andere Effekte hervorrufen können als vom Gegenüber intendiert. So können Mitleidsbekundungen nach einem Mißerfolg als Ausdruck angenommener geringer Begabung interpretiert werden ebenso wie Erstaunen und Überraschung nach Erfolg vermehrt als vermutetes Zufallsprodukt und weniger als Ausdruck zugeschriebener Fähigkeiten gedeutet werden.

Die Bedeutung indirekter attributionaler Informationen ist nicht zu unterschätzen, da der Therapeut in einer positiven therapeutischen Beziehung als qualifizierte Person angesehen

wird, deren Einschätzung und Urteil man vertrauen kann, so dass derartige Äußerungen ein besonderes Gewicht erhalten.

Unter dem Aspekt der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen stellt sich die Frage, welche der genannten Techniken sich für die psychomotorische Entwicklungstherapie am besten eignet. Das entscheidende Kriterium für den Einsatz der jeweiligen Technik ist das therapeutische Setting. In der Einzelförderung, die einen intensiven dialogischen Prozess zwischen Therapeut und Kind ermöglicht, können differenzierte, der konkreten Situation angemessene Konsensus, Konsistenz und Distinktheits Informationen vermittelt bzw. die eigenständige Informationsbeschaffung durch das Kind angeregt werden. Für Einzel- wie auch für Gruppentherapie eignet sich die gezielte Ursachenzuschreibung durch den Therapeuten, die bei Anwesenheit mehrerer Kinder zugleich Modellcharakter hat. Lernen am Modell anderer Kinder bietet sich dagegen nur in Gruppen an. Durch die Aufforderung des Therapeuten, eigene Zuschreibungen zu verbalisieren und die wünschenswerten zu verstärken bzw. dysfunktionale zu korrigieren, erfahren und lernen die Kinder adäquate Zuschreibungsmuster. Die Attributionsmodelle anderer Kinder werden jedoch nur relevant, wenn die Kinder sich in ihrer Einschätzung und Bewertung untereinander als ähnlich erleben bzw. sich mit dem Partner identifizieren können, anderenfalls werden die Zuschreibungen als für die eigene Person nicht relevant wahrgenommen.

Die indirekten Mitteilungen werden oftmals nicht als gezielte Intervention eingesetzt, sind jedoch für die kindliche Attribution von immenser Bedeutung, so dass die permanente Reflexion des Therapeuten einen ganz wesentlichen Bestandteil therapeutischen Handelns darstellt.

Zu guter letzt bleibt die Frage, warum sich insbesondere die psychomotorische Entwicklungstherapie eignet, um Veränderung der Ursachenzuschreibung bei Kindern vorzunehmen. Empirische Untersuchungen¹²¹ zur Wirksamkeit von Reattributionstrainings belegen einen positiven Einfluss derartiger Trainings auf kognitive Veränderungen (Ursachenzuschreibungen), auf Erfolgswahrscheinlichkeiten und Selbstwirksamkeitswahrnehmungen sowie auf Ausdauer und Leistungsgüte bei spezifischen Aufgaben, die mit der Trainingsaufgabe Ähnlichkeit haben. Die angestrebten hoch generalisierten Kausalkognitionen wurden jedoch nicht verändert, was damit begründet wurde, dass die nachfolgend untersuchten Aufgaben mit den Trainingsaufgaben wenig gemeinsam hatten und dementsprechend kein Transfer stattgefunden hat. Hierin erweist sich nun der große Vorteil der psychomotori-

¹²¹ Eine Übersicht über die empirischen Untersuchungen bei FÖRSTERLING 1986, 120ff

schen Entwicklungstherapie, welche die Möglichkeit bietet, dass die Kinder Zuschreibungsänderungen in lebensnahen und relevanten Kontexten und Handlungsfeldern (Spiel) vornehmen, die der alltäglichen Lebenswelt und den alltäglichen Anforderungen des Kindes sehr nahe kommen resp. ihnen entsprechen, so dass vermutlich auch generalisierte Kausalkognitionen besser zu beeinflussen sind, eine empirische Überprüfung steht jedoch noch aus.

6.3. Bedeutung der Verbalisation für den Therapieprozess

Die Ausführungen der vorangegangenen Kapitel zum diagnostischen Procedere und zu den therapeutischen Strategien haben die Bedeutung und Notwendigkeit des verbalen Dialogs zwischen Therapeut und Kind hervorgehoben. Obgleich Bewegungs- und Spielaktivitäten in der psychomotorischen Entwicklungsförderung das zentrale Medium der Kommunikation des Kindes mit sich selbst, mit anderen Kindern und mit dem Therapeuten sind, bilden die sprachlichen Aktivitäten einen integralen Bestandteil der Fördersequenzen¹²². Im Verlauf des Therapieprozesses kommen den Äußerungen des Kindes und des Therapeuten unterschiedliche Bedeutungen zu.

Die sprachlichen Bemerkungen des Kindes in der Spiel- und Bewegungssituation haben teilweise den Charakter der Handlungsbegleitung und –strukturierung und sind damit ein externes Steuerungselement der kindlichen Handlungen, das den Therapeuten über Lern- und Lösungswege des Kindes in Kenntnis setzt. Gleichzeitig haben emotional gefärbte Äußerungen wie „*Das schaffe ich sowieso nicht*“ „*Das klappt nie*“ einen hohen diagnostischen Wert in der Einschätzung der vom Kind wahrgenommenen eigenen Kompetenzen und Kontrollüberzeugungen.

Auch auf Seiten des Therapeuten ist die Sprache ein vielschichtiges therapeutisches Medium. In den gemeinsamen Spielsequenzen dient sie der Spiegelung wahrgenommener Bedeutungsdimensionen, die das Kind unterstützen soll, sich selbst zu erfahren und neue Erlebnisse in die bisherigen Erfahrungen zu integrieren. Darüber hinaus haben reflektierende Fragen die Funktion, die Wahrnehmungs- und Bewertungsmechanismen des Kindes auf die Bewußtseinssebene zu heben, um potentielle, selbstwertschädigende Fehlinterpretationen zu reduzieren. Die therapeutische Anregung, die eigenen Handlungen sprachlich zu begleiten, fungiert im Sinne der Selbstinstruktion, um so die Aufmerksamkeit des Kindes auf handlungsrelevante Informationen zu richten und perseverierende, lageorientierte Ge-

danken zu minimieren. Nicht zuletzt helfen Fragen zur Ursache bewältigter Anforderungen und vorgegebene Attributionen die kindliche Kausalattribution zu verändern und in Kombination mit erlebtem Erfolg selbstwertstützende Kognitionen und Emotionen aufzubauen. Der Einsatz sprachlicher Begleitung durch den Therapeuten erfolgt dabei in Anlehnung an die durch Sprache geleitete Verhaltensregulation, wie sie auch im regulären kindlichen Entwicklungsverlauf erfolgt. Zu Beginn wird das Verhalten des Kindes durch externe Äußerungen des Therapeuten in Form konkreter Hinweise auf handlungs- und situationsrelevante Informationen begleitet, welche die Einordnung der neuen Situation erleichtern, auf zur Verfügung stehende Kompetenzen und Lösungswege sowie auf adäquate Zuschreibungsmuster hinweisen. In einem zweiten Schritt übernimmt das Kind die Handlungssteuerung durch selbständiges Verbalisieren, ein Prozess, der im Kleinkindalter sehr ausgeprägt zu beobachten ist und der auch noch im Erwachsenenalter beim Erwerb neuer Fähigkeiten zum Tragen kommt. Sprachliche Selbstinstruktionen dienen dabei der Unterstützung und Steuerung komplexer Handlungen und unterbleiben erst bei zunehmender Automatisierung. Im therapeutischen Setting erfolgt die Anregung zur sprachlichen Handlungsbegleitung durch appellierende Fragen des Therapeuten. Dieses sogenannte private oder egozentrische Sprechen, das nicht an einen Zuhörer gerichtet ist, sollte im weiteren Verlauf wieder in innere, nichtgeäußerte Sprache übergehen. Der angestrebte Internalisationsprozess entspricht dem natürlichen Verlauf der sprachlichen Regulation im Kindesalter, der im Vorschulter-/Schulalter eine vergleichbare Tendenz vom äußeren zum inneren und vom allgemeinen zum aufgabenbezogenen Sprechen aufweist.

Zusammengefaßt dienen die sprachlichen Anregungen des Therapeuten und die Aufforderung zur Selbstverbalisation dazu, dass Kind zum bewussten, selbstregulierten Handeln anzuregen. Mit Hilfe der Selbstanweisungen wird die Aufmerksamkeit auf die aufgabenbezogenen Hinweisreize gerichtet, die der Bewußtmachung der Zielsetzung, der Lösungswege und der notwendigen Handlungspläne zugute kommen. Im Verlauf der Handlung unterstützen anerkennende Worte die Reflexion der eigenen Fähigkeiten im Sinne einer Selbstbegründung bzw. begünstigen attributionale Erklärungen die Auseinandersetzung mit Frustration und Mißerfolg im Hinblick auf eine differenzierte, reflektierende und positive Selbstbewertung.

¹²² Zur Bedeutung der Verbalisation im Rahmen kognitiver Verhaltensmodifikation siehe MEICHENBAUM 1979

7. Phasen der psychomotorischen Entwicklungstherapie

Die Phasen der psychomotorischen Entwicklungstherapie repräsentieren die inhärenten *Methodenregeln*, die Handlungsanweisungen darüber enthalten, was der Therapeut bei Vorliegen eines Problems tun soll, um einen Veränderungsprozess einzuleiten.

Die psychomotorische Entwicklungstherapie gliedert sich in die folgenden drei Phasen, die in ihrem Ablauf festgelegt und durch spezifische inhaltliche Schwerpunkte und methodische Schritte gekennzeichnet sind. Die Eingangs- resp. Diagnostikphase als grundlegende Voraussetzung der Therapie wurde bereits gesondert in Kapitel 5 behandelt. Die einzelnen Phasen werden bei jeder Therapie idealerweise durchlaufen, Variationen ergeben sich hinsichtlich der zeitlichen Dauer der einzelnen Phasen, die angegebene Anzahl der Kontakte sind lediglich Mittelwerte:

Indikationsplanungsphase (1-2 Kontakte)

Therapiephase (35-45 Kontakte)

Abschlussphase (2-3 Kontakte)

Jede Phase ist durch allgemeine methodische Schritte gekennzeichnet, die im Einzelfall durch spezifische Handlungsregeln modifiziert und differenziert werden.

Die Arbeit im kindertherapeutischen Bereich umfasst nicht nur die Tätigkeit mit dem Klienten direkt, sondern auch die Beratung und Begleitung der betreffenden Bezugspersonen, in der Regel der Eltern, der Geschwister aber auch des pädagogischen Fachpersonals. Obgleich die Therapie des Kindes und die begleitende Beratungsarbeit ineinandergreifen, werden die beiden Handlungsstränge *Arbeit mit dem Kind* und *Beratung der beteiligten Systeme* hier getrennt dargestellt. Im Folgenden werden zunächst die methodischen Maßnahmen der therapeutischen Arbeit mit dem Kind detailliert erörtert.

7.1. Indikationsplanungsphase

Die vorliegenden diagnostischen Ergebnisse werden im motologischen Befund¹²³ dokumentiert und dienen als Planungsgrundlage der Entwicklung von Zielvorstellungen für die Therapie des jeweiligen Kindes. Die Arbeit in dieser Phase gliedert sich in zwei Handlungsschritte:

1. Ausarbeitung eines Therapieplans mit hypothetischer Formulierung von
 - ◆ instrumentellen und finalen Zielen
 - ◆ einzelnen Handlungsschritten
 - ◆ strukturellen und inhaltlichen Schwerpunkten
 - ◆ unterstützenden Maßnahmen im Rahmen des familiären und sozialen Umfeldes des Kindes und

2. dem abschließenden Elterngespräch, in dem es vorrangig um
 - ◆ die Mitteilung der diagnostischen Ergebnisse
 - ◆ die Vorstellung des Therapieplans
 - ◆ die Abgleichung der Zielvorstellungen beider Seiten (Eltern/Therapeut)
 - ◆ die Erstellung individueller Zielformulierungen und
 - ◆ die Ausarbeitung eines konkreten Therapievertrages über die Rahmenbedingungen (Dauer, Häufigkeit, Elternarbeit, Therapieende) geht.

7.1.1. Erstellung eines Therapieplans

Die Auswertung und Interpretation der aus den Datenkomplexen¹²⁴ gewonnen Informationen erfolgt auf der Grundlage des theoretischen Verhaltens- und Störungskonzepts der psychomotorischen Entwicklungstherapie. Ausgehend von den Annahmen zur Entstehung des beobachteten auffälligen Verhaltens¹²⁵ werden im jeweiligen Einzelfall die erforderlichen Veränderungen als instrumentelle und finale Ziele abgeleitet. Die Ausarbeitung und Formulierung der intendierten Ziele bilden das Kernstück einer jeden therapeutischen Maßnahme und die Basis des individuellen Therapieplans.

Der Therapieplan stellt die Arbeitsgrundlage des therapeutischen Handelns dar und umfasst drei Rubriken, die *Therapieschwerpunkte und -ziele*, die *Ausgangslage*, *Vorgehensweise* und *Vernetzungen* sowie den *Verlauf und die Ergebnisse* der therapeutischen Intervention. Ausgehend von den motologischen (medizinischen und psychologischen) Befunden und den individuellen Bedingungen des Kindes werden Arbeitshypothesen bezüglich der Gewichtung der verschiedenen Ziele und der Gestaltung der einzelnen Handlungsschritte formuliert. Der Prozesscharakter der Therapie erfordert eine konstante Dokumentation, in deren Verlauf Veränderungen aber auch Blockaden oder Krisen manifestiert wer-

¹²³ Vorlage für den motologischen Befund im Anhang

¹²⁴ Siehe Kapitel 5

den, die unter Umständen zu einer Neubewertung und Orientierung des Therapieansatzes führen können und damit den vorläufigen Charakter der Pläne hervorheben.

7.1.1.1. Therapiebereiche und Therapieziele

Die Bereiche, in denen die psychomotorische Entwicklungstherapie wirksam eingesetzt werden kann, lassen sich einerseits aus den fundamentalen Grundlagen der Psychomotorik (Kapitel 1) und andererseits aus den spezifischen Zielen dieses Ansatzes (Kapitel 4.4.2) ableiten. Das zentrale Anliegen ist die Förderung der Bewegung, der modalspezifischen Reizverarbeitung, des psychomotorischen Leistungs- und Verhaltensbereiches, des Spiels sowie des Sozialverhaltens. Jeder Therapieschwerpunkt lässt sich in weitere Teilaspekte differenzieren, denen verschiedene Interventionsziele zuzuordnen sind.

Therapie-schwerpunkt	Differenzierung	Therapieziele
Bewegung	♦ Bewegungsquantität	♦ Erweiterung des Bewegungsrepertoires
	♦ Bewegungsqualität	♦ Verbesserung qualitativer Komponenten wie raum-zeitliche Koordination, Geschwindigkeit, Reaktion, Kraft, Ausdauer, Bewegungselastizität, Präzision
	♦ Handmotorik/Handgeschicklichkeit	♦ Verbesserung qualitativer Merkmale wie Stifthaltung, Tonusregulation, raum-zeitliche Koordination, Hand-Hand-/Auge-Hand-Koordination, Handdominanz
	♦ Körper-/ Raumorientierung	♦ Körperwahrnehmung, Körperausdruck, Körperschema, Körperbild; Anspannung-Entspannung, Rechts-Links-Unterscheidung; Raumdimensionen, räumliche Beziehungen
	♦ Handlungsplanung	♦ Abruf handlungsrelevanter Informationen, Reihenfolgeregulation, Modifikation vorhandener Schemata
Modalspezifische Reizverarbeitung	♦ Taktile Wahrnehmung	♦ Toleranz taktiler Reize; Reizdifferenzierung; Reizlokalisation
	♦ Tiefensensible Wahrnehmung	♦ Reizdifferenzierung

¹²⁵ Siehe Kapitel 4.3.

Psycho- motorischer Lei- stungs- und Ver- haltensbereich	♦ Vestibuläre Wahrnehmung	♦ Anpassung an vestibuläre Reize, Toleranz vestibulärer Reize
	♦ Visuelle Wahrnehmung	♦ Figur-Grund-, Raum-Lage-Wahrnehmung, visuelle Differenzierung, räumliche Beziehungen
	♦ Auditive Wahrnehmung	♦ Lokalisation, Differenzierung, Figur-Grund-Wahrnehmung, Verständnis
	♦ Motivation	♦ Unterstützung/Aufbau entwicklungsfördernder Motivation, Abbau motivationshemmender Faktoren
	♦ Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen	♦ Realistische Selbsteinschätzung, Regulation des Anspruchsniveaus, positive Selbstbewertung,
	♦ Umgang mit Anforderungen	♦ Umgang mit Frustration, Mißerfolg, Ursachenzuschreibung
Spiel	♦ Konzentration/Ausdauer	♦ Handlungsregulation, Verringerung impulsiven Verhaltens, geringere Ablenkbarkeit
	♦ Explorationsfähigkeit	♦ Umfassende materiale Erfahrung
	♦ Spielaktivitäten/-themen	♦ Variation der Spielformen, Rollenübernahme, Umgang mit Spielpartnern
Sozialverhalten	♦ Spiel-/Regelverständnis	♦ Regelverständnis, Regeln erarbeiten, Regelabsprachen, Regeln einhalten
	♦ Kontaktaufnahme	♦ Signale zur Kontaktaufnahme senden und aufnehmen, andere Partner wahrnehmen
	♦ Kommunikation	♦ Körpersprache, Kommunikationsstrategien, Wahrnehmung/Formulierung eigener Bedürfnisse und Bedürfnisse anderer
	♦ Konfliktverhalten	♦ Reaktion in Konfliktsituationen, Konfliktbewältigung

Tab. 12 Therapiebereiche und Therapieziele in der psychomotorischen Entwicklungstherapie

Die Auswahl der Therapieschwerpunkte und die Zielausrichtung erfolgen auf dem Hintergrund des psychosozialen Kontextes des jeweiligen Kindes. Die Lebenssituation und das Lebensumfeld des Kindes können unter Umständen so beschaffen sein, dass auf spezifische, entwicklungshemmende Bedingungen kein Einfluss genommen werden kann. Im

konkreten Fall muss sich die Therapieplanung auf die Bereiche konzentrieren und reduzieren, die dem therapeutischen Einfluss unterliegen.

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt bezieht sich auf die Wertigkeit und Rangordnung der intendierten Ziele. In jedem Therapiekonzept existieren Ziele, die gleichzeitig verfolgt werden können und solche, die eher nacheinander zu erarbeiten sind. Die Rangfolge der Ziele ergibt sich einerseits aus der Wertigkeit bzw. Dringlichkeit und andererseits aus den Zusammenhangsannahmen über die Entstehung problematischen Verhaltens.

Fallbeispiel

Der 5;6 Jahre alte Stefan wurde uns wegen graphomotorischer Probleme (gering ausgeprägte Handdominanz, schlechte Stifthaltung, hoher Tonus in der Hand beim Malen, malte ungern und wenig differenziert) sowie zunehmender Verhaltensschwierigkeiten im Kindergarten (verweigerte anfangs nur handmotorische Aktivitäten in letzter Zeit jedoch vermehrt auch andere gezielte Angebote) vorgestellt. Im Hinblick auf die im Sommer anstehende Einschulung und den Erwerb der Kulturtechniken war das vorrangigste Bedürfnis der Eltern, die graphomotorischen Probleme durch gezielte Übungen zu beheben. Aufgrund der mittlerweile existierenden Blockaden beim Umgang mit Anforderungen, die mit geringer Kontrollerwartung, hoher Mißerfolgsorientierung und geringer Handlungsmotivation korrelierten, stand aus therapeutischer Sicht jedoch die Förderung im psychomotorischen Leistungs- und Verhaltensbereich im Vordergrund. Die Arbeit an den ohnehin schwierigen graphomotorischen Leistungen hätte bei Stefan zu weiteren Blockaden geführt. D.h. vorrangig ging es darum, Stefan wieder Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten zu vermitteln, seine eigenen Kompetenzen realistischer einschätzen zu können und durch vielfältige Erfolge mehr Selbstvertrauen zu gewinnen. Durch die sinnvolle Einbindung graphomotorischer Aufgaben in komplexe Spielvollzüge (der Bau eines Piratenschiffes wurde beispielsweise durch die Herstellung einer selbstgemalten Fahne ergänzt) sollte Stefan wieder Freude an derartigen Anforderungen finden und sich aus eigener Motivation verschiedene Aufgaben suchen, die zu einem späteren Zeitpunkt mit gezielten graphomotorischen Übungen kombiniert werden konnten.

Auf die Problematik, die sich aus der unterschiedlichen Gewichtung und damit aus den divergierenden Vorstellungen über die Rangfolge der Ziele bei den Eltern und dem Therapeuten ergeben kann, wird im Rahmen des Elterngesprächs noch weiter eingegangen.

7.1.1.2. Ausgangslage, Vorgehensweise und Vernetzungen

Auf der Basis der ausgewählten Therapieschwerpunkte und der intendierten Ziele werden die strukturellen und inhaltlichen Modalitäten für die Therapie des einzelnen Kindes ausgearbeitet. Charakteristisch für die Planungsphase ist, dass jedes Kind eine Neukonstruktion des therapeutischen Prozesses unter Berücksichtigung seiner individuellen Bedingungen erfordert. Die grundlegenden Planungskriterien sind die *spezifische Ausgangslage*, die *einzusetzenden Therapiemethoden und -materialien*, die *Einbindung des häuslichen Umfeldes*, die *Einbeziehung anderer Dienste* oder Institutionen sowie die konkrete *Terminplanung*. Die *Ausgangslage* definiert die vorhandenen Kompetenzen des Kindes, an die angeknüpft werden kann, so dass für das Kind durch die Rückmeldung und Wahrnehmung eigener Fähigkeiten und Kontrollmöglichkeiten eine sichere und vertrauensvolle Basis geschaffen wird und zugleich vorhandene Schemata durch Akkomodation erweitert werden können. Die Orientierung an den Interessen, Stärken und Vorlieben des Kindes, die als thematische Leitlinien in die Therapie einbezogen werden, schafft eine sinn- und bedeutungsvolle Erfahrung- und Lernumwelt. Die Angebotspalette schließt die Rekonstruktion realer kindlichen Erfahrungsfelder (Zirkus, Spielplatz), die unter veränderten Bedingungen nachgespielt oder nacherlebt werden ebenso ein wie die Einbindung in Bewegungsgeschichten, die entweder die Rollenübernahme vorgegebener Protagonisten (Pikachu; Night-Rider) beinhalten oder die phantasievolle Ausgestaltung einzelner Pioniere (Astronauten, Indianer).

Bei der Analyse der *Methode* geht es primär um die Entscheidung, ob für die Zielerreichung eine Einzel- oder Gruppentherapie¹²⁶ sinnvoll ist und welche methodisch-didaktische Vorgehensweise angemessen zu sein scheint. Die Wahl besteht zwischen sehr strukturierten Angeboten, die durch die Materialauswahl und -anordnung eine klare Aufgabenstellung beinhalten und damit Orientierung ermöglichen oder eher offenen Angeboten, die von der selbständigen Auswahl der Materialien unter thematischen Gesichtspunkten bis zum vorgegebenen Materialangebot mit freier Gestaltungsmöglichkeit reichen.

Unter thematischen und strukturellen Aspekten erfolgt -insoweit Wahlmöglichkeiten bestehen- die Auswahl der Räumlichkeiten und des Materials. Größe, Helligkeit, Ausstattung und Geräuschbelastung der Therapieräume haben auf das Verhalten und die Aktivitäten der Kinder erheblichen Einfluss. Sogenannte reizarme Räume bieten die Chance, die Kinder vor Reizüberflutung zu schützen und konzentriertes Arbeiten zu erlauben, können aber

¹²⁶ Detaillierte Ausführungen zu den Vor- und Nachteilen der Einzel- und Gruppentherapie in Kapitel 8.2.

das Explorationsverhalten und die Möglichkeiten des Rückzugs und Schutzes reduzieren. Die angebotenen Materialien sollten dem Entwicklungsstand des Kindes angemessen sein, seinen Neigungen und Interessen entsprechen und Möglichkeiten der weiteren Bearbeitung und Veränderung einschließen.

Das Fundament der psychomotorischen Therapie bildet die konkrete Arbeit mit dem Kind, die Analyse aller an der Entstehung und Bewertung auffälligen Verhaltens beteiligten Ökosysteme aber determiniert, in welchem weiteren Rahmen die Förderung des Kindes angesiedelt ist. In der Regel wird das *häusliche Umfeld* in Form der begleitenden Elternarbeit¹²⁷ in die Interventionsmaßnahme mit einbezogen. Die Einbindung der Eltern als Kooperationspartner steht im Vordergrund. In gemeinsamen Gesprächen und anhand von Beobachtungseinheiten sind Maßnahmen oder Veränderungen zu entwickeln, die im häuslichen Alltag umgesetzt werden können, so dass sich die neu erworbenen Erfahrungen und Kompetenzen des Kindes nicht nur auf das therapeutische Setting beschränken, sondern Einstellungsänderungen bei allen Familienmitgliedern zu befriedigenden Interaktionen führen. Ergänzend sollten gemeinsame Überlegungen dahin gehen wie Entlastung in kritischen Familiensituationen geschaffen werden kann. Eine spannungsgeladene Mutter-Kind-Interaktion in der Hausaufgabenphase kann beispielsweise durch Einbeziehung anderer Personen (Großeltern, ältere Nachbarskinder, Hausaufgabenbetreuung) entschärft werden. In Einzelfällen kann darüber hinaus die *Einbeziehung anderer Dienste* in Form familienbegleitender Maßnahmen (Sozialpädagogische Familienhilfe, Familientherapie, Paartherapie) durch Sozialdienste und Beratungsstellen sinnvoll und notwendig sein.

Die Kinder und ihre Familien sind mitunter in verschiedene pädagogische und therapeutische Systeme eingebunden, deren Interventionen an sehr unterschiedlichen Stellen ansetzen und die mit verschiedenen Aufträgen konfrontiert werden. Unter dem Aspekt einer möglichst umfassenden und konformen Entwicklungsbegleitung ist die Zusammenarbeit aller beteiligten Systeme ein wesentliches Ziel. In welcher Form die Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen verläuft (Kinderkonferenzen, Hilfeplangespräche, mündlicher oder schriftlicher Austausch) hängt einerseits von der konkreten Problematik und Fragestellung ab, andererseits von der Bereitschaft zur Zusammenarbeit.¹²⁸ In die Therapieplanung finden dementsprechend Überlegungen Eingang, welche Einbindung anderer Dienste sinnvoll und notwendig ist, um mit den Problemen kompetenter umgehen zu können.

¹²⁷ Nähere Ausführungen dazu in Kapitel 9.1

¹²⁸ Weitere Ausführung zu Formen und Problemen der Zusammenarbeit mit Kindergarten/Schule siehe Kapitel 9.2

Abschließend werden die formalen Bedingungen der Therapie in Bezug auf den Ort, den Wochentag und die Uhrzeit, die Häufigkeit und Dauer der Therapie (1 oder 2x pro Woche/45 oder 60 Minuten) sowie der mutmaßliche Gesamtzeitraum der Therapie festgelegt.

7.1.1.3. Verlauf und Ergebnisse der Therapie

Die ausgearbeiteten Therapiepläne haben hypothetischen Charakter, da sie zum einen erst im Elterngespräch auf eine gemeinsame Basis gestellt werden müssen und zum anderen grundsätzlichen Änderungen unterworfen sind, die sich durch den Prozesscharakter der Therapie ergeben. Um die Angemessenheit und Wirksamkeit der intendierten Maßnahme kontinuierlich überprüfen zu können, ist eine fortlaufende Dokumentation der einzelnen Therapieeinheiten als auch des Verlaufes dringend erforderlich.

Die Darstellung der einzelnen Therapiestunden erfolgt mit Hilfe eines Kurzprotokoll-Bogens¹²⁹. Die Kopfzeile enthält Angaben über das Kind (Name, Alter), das Datum der Therapie, die Räumlichkeiten sowie die Art des Kontaktes (Erstkontakt, Beratung, Therapie, Diagnostik, Beobachtung). Ein zweiter Block gibt deskriptiv die geplanten Angebote des Therapeuten, die vom Kind eingebrachten Themen und Spiele sowie den Verlauf der Stunde wieder. Der letzte Abschnitt umfasst die Bewertung und Interpretation der Therapiestunde, in dem wichtige Veränderungen oder Schwierigkeiten in der Interaktion und im Verlauf dokumentiert werden. Ergänzend können Informationen über vorausgegangene Ereignisse (Ärger im Kindergarten, angespannte häusliche Situation) oder Modifikationen im sozialen Umfeld (Wechsel der Erzieherin im Kindergarten) protokolliert werden, die Veränderungen beim Kind in Form von Wendepunkten aber auch Krisen erklären und für den Therapeuten nachvollziehbar machen. Abgeleitet aus dem Stundenverlauf, den aktuellen Angaben und dem zugrundeliegenden Therapieplan können grob die Ziele und Inhalte der nächsten Stunde entworfen werden.

Die Dokumentation des gesamten Verlaufes der Therapie kann mit dem Protokollbogen von KRUS/SALIS 2000 erstellt werden. Die Niederschrift der Beobachtungen und differenzierten Situationsbeschreibungen aus den einzelnen Bereichen über einen längeren Zeitraum verdeutlichen Veränderungen im Verhalten des Kindes, die sich in Wendepunkten zum intendierten Ziel aber auch in Krisen oder Blockaden manifestieren. Das Verlaufsprotokoll bildet die Basis für die Beurteilung von Veränderungen und damit für die Bewertung des Therapieerfolges. Als Dokumentation der therapeutischen Arbeit im Rahmen

¹²⁹ Vorlage eines Stundenprotokolls im Anhang

von Kontrolluntersuchungen im klinischen Alltag hat sich der therapeutische Verlaufsbe-
fund¹³⁰ bewährt, der neben der Zusammenfassung des Verlaufsprotokolls auch Daten aus
motometrischen Tests sowie die Auswertung der Zielerreichungsskala enthält.

7.1.2. Elterngespräch

In dem im Anschluss an die Diagnostikphase stattfindenden Elterngespräch werden den Eltern die Ergebnisse aus den Testverfahren und Beobachtungen mitgeteilt. Da die Eltern das gesamte diagnostische Procedere mitbeobachten konnten, können ihnen die Schwächen/Probleme des Kindes, aber auch seine Stärken und Ressourcen anhand konkreter Situationsbeispiele aufgezeigt werden. Zudem erhält man im Gespräch die Rückmeldung, inwieweit die beobachteten Verhaltensäußerungen und Lösungsstrategien des Kindes dem gewohnten Muster entsprechen oder ob die Eltern in der diagnostischen Situation unbekannte Verhaltensmuster beobachten konnten. Bei zuvor nicht aufgetretenen oder wahrgenommenen Handlungsmustern kann die Klärung möglicher Ursachen für das veränderte Verhalten zugleich Ansätze für die folgenden Interventionen liefern (z.B. Art und Weise der Aufgabenstellung, Form der Unterstützung und Hilfestellung).

Ausgehend vom vorliegenden Befund werden die aus motologischer Sicht erforderlichen Therapieziele und -inhalte sowie der vorläufige Therapieplan vorgestellt.

Ein für den weiteren Verlauf und die Effektivität der Interventionsmaßnahme ganz wesentlicher Schritt ist die Abgleichung der Zielvorstellung zwischen Therapeut und Eltern. Als Basis bietet sich ein Verhandlungsmodell an, bei dem alle beteiligten Systeme (Therapeut, Eltern, Kind) ihre Wünsche und Motive offenlegen und in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess, Vor- und Nachteile möglicher Alternativen, die Ausrichtung und die Zieltiefe klar umrissen werden. In diesem Prozess erhält jede Partei die Möglichkeit, die eigenen Vorstellungen mit den Überlegungen und Einwänden des Gegenüber abzugleichen und gegebenenfalls zu modifizieren. Können die Parteien keinen Konsens erzielen, sollte über therapeutische Alternativen nachgedacht werden, da unterschiedliche Vorstellungen über die zu erreichenden Ziele langfristig zu Unzufriedenheit auf beiden Seiten und damit zum Scheitern des therapeutischen Handelns führen.

Die gemeinsam definierten Therapieziele werden in Form einer Zielerreichungsskala¹³¹ nach ihrer Gewichtung angeordnet und für jeden Punkt individuelle Veränderungen benannt. Der Vorteil dieser Zielskalierung ist einerseits, dass erwartete Verhaltensmodifika-

¹³⁰ Vorlage des therapeutischen Verlaufsberichtes im Anhang

tionen (z.B. *Peter sucht sich selbständig einen Spielpartner im Kindergarten*) klar umrissen sind und Veränderungen nicht in diffusen Formulierungen (*bessere Integration in die Gruppe*) verlorengehen bzw. überhöhte Erwartungen reguliert werden können. Zum anderen ermöglicht diese differenzierte und detaillierte Beschreibung intendierter Verhaltensänderungen eine bessere Effektivitätskontrolle der therapeutischen Maßnahme. Die Verhandlung über Art und Ausrichtung der intendierten Therapie mündet in der Ausarbeitung eines konkreten Therapievertrages über die Rahmenbedingungen wie Dauer der Maßnahme, Häufigkeit, Umgang mit Nicht-Erscheinen, Art und Umfang der Elternarbeit, Therapieende. Da dieser Status für viele Klienten in gleichem Maße gültig ist, hat sich in der Praxis eine Elternbroschüre¹³² mit den wesentlichen Informationen über die Rahmenbedingungen bewährt.

7.2. Therapiephasen

Unter den zuvor ausgehandelten Prämissen beginnt die eigentliche Therapiephase. Obwohl jede Therapie eine Neukonstruktion des Einzelfalls darstellt, gliedert sich diese Interventionsmaßnahme in vier aufeinanderfolgende Phasen, die unterschiedliche Schwerpunkte resp. therapeutische Strategien repräsentieren. Innerhalb der Phasen gibt es Überschneidungen, d.h. eine Phase muss nicht erst vollständig abgeschlossen sein, bevor die nächste beginnt, vielmehr kann es an den Übergängen zu Kombinationen kommen. Die Dauer der einzelnen Phasen variiert von Fall zu Fall und hängt von der Schwere der Problematik, der Beziehung zwischen Therapeut und Kind, der Passung der therapeutischen Intervention sowie dem Einfluss begleitender Maßnahmen und Umstände ab.

7.2.1. Orientierungsphase

Die Eingangsphase der Therapie dient dem Beziehungsaufbau und der psychisch-emotionalen Stabilisierung des Kindes. Der Therapeut versucht, ein Klima zu schaffen, in dem das Kind Spaß am Spiel und an der Bewegung sowie Freude an der Therapie zeigt. Die Interventionen sind dadurch gekennzeichnet, dass sich die angebotenen Spiel- und Bewegungsanlässe an den Interessen und Stärken des Kindes ausrichten, so dass das Kind durch eigenes Erleben und Rückmeldung durch den Therapeuten seine persönlichen Kompetenzen wahrnimmt, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufbaut und im Rahmen einer

¹³¹ Siehe Ausführungen zur Zielerreichungskala (Goal Attainment Scaling) Kapitel 10

¹³² Elternbroschüre im Anhang

annehmenden, anregenden Atmosphäre sich an den Therapeuten gewöhnen und eine tragfähige Beziehung aufbauen kann.

Die Anregungen für die Gestaltung der einzelnen Therapieeinheiten gehen von der idealtypischen Annahme aus, dass die jeweilige psychomotorische Einrichtung über entsprechende Wahlmöglichkeiten und Alternativen verfügt. Thematisch steht die Erkundung der räumlichen Strukturen sowie die freie Exploration mit selbstgewählten Materialien an erster Stelle. Die Auswahl des Therapieraumes orientiert sich an den Beobachtungen aus der Diagnostikphase, inwieweit kleine, überschaubare oder eher großzügige Räume das Kind zum Wohlfühlen und Handeln motivieren. Ebenso richtet sich die Präsentation der Spiel- und Bewegungsmaterialien nach den kindlichen Strukturen. Handlungsleitend ist die Prämisse, dass insbesondere das spontane, intrinsisch motivierte und selbstgewählte Spiel dem Kind Möglichkeiten der Reproduktion aber auch Modifikation vorhandener Verhaltensschemata erschließt. Die Freiheit und Eigenverantwortlichkeit des Kindes in Bezug auf die Spiel- und Materialauswahl, die Dauer und Zielorientierung der Spieltätigkeit bilden den Handlungsrahmen in dieser Phase. Die verantwortungsvolle Aufgabe des Therapeuten besteht darin, im verständnisvollen Austausch mit dem Kind Verhaltensweisen, Ängste und Sorgen zu verstehen, Bedürfnisse zu befriedigen und Handlungsalternativen anzubieten. Durch positive Erfahrungen und Erlebnisse in Bezug auf den eigenen Körper und die eigenen Handlungsmöglichkeiten sowie durch gezielte verbale Rückmeldung kann das Kind lernen, Situationen und Ursache-Wirkungszusammenhänge aus anderer Perspektive zu betrachten.

In der Orientierungsphase erkunden die Kinder oftmals erst die räumlichen und materiellen Gegebenheiten und schaffen sich gleichzeitig Schutzräume in Form von Höhlen oder Häusern, um die Nähe und den Kontakt zum Therapeuten regulieren zu können. Die gemeinsamen Aktivitäten zwischen Kind und Therapeut erfolgen in der Regel in Form des Parallelspiels, in dem beide Spielpartner sich mit dem Gleichen beschäftigen, jedoch mehr nebeneinander als miteinander spielen. Das Parallelspiel ermöglicht aufgrund des gemeinsamen Handlungsrahmens Austausch- und Kontaktmöglichkeiten, bietet jedoch durch die Eigenständigkeit zugleich Rückzugs- und Schutzräume. Für das Parallelspiel bieten sich insbesondere konstruktive und kreative Materialien wie verschiedene groß- und kleinformatige Bausteine aus unterschiedlichem Material (Holz, Schaumstoff, Kunststoff), Knete, Ton oder Farben an. Die Planung bzw. die Konstruktion von Bewegungsaufbauten aber auch von kleineren "Kunstwerken" ist nicht nur unter dem Aspekt der gemeinsamen

Handlung von Bedeutung, sondern steht für die Kinder auch im Dienste der Schaffung einer *Ortsidentität*. Die Ortsidentität beschreibt "... *die kognitive Repräsentation und affektive Bewertung jener Ausschnitte der physischen Umwelt, die das Individuum in seine Selbstkonzeption einbezieht. Ortsidentität umfasst dabei auch die innere Abbildung jener Räume und Dinge, an die die Ausübung sozialer Rollen gebunden ist,....*" (FISCHER/FISCHER 1995, 141). In der psychomotorischen Entwicklungstherapie biete ich den Kindern am Ende der Stunde an, die selbstinitiierten und selbständig aufgebauten Spiel- und Bewegungsangebote sowie die neu entwickelten Spielideen aufzuzeichnen oder aufzuschreiben, so dass sie ihre realisierten Ideen in Form einer Spielemappe sammeln können. Diese Mappen fördern den Aufbau der Ortsidentität, sind für die Kinder eine Gedankenstütze bei der Planung neuer Spielideen und am Ende der Therapie eine Art Tagebuch, in dem viele gemeinsame Aktivitäten und die damit verbundenen Erlebnisse und Emotionen fixiert sind. Die Spiele- und Ideensammlung stellt etwas ortsfestes, bleibendes dar, das im Gegensatz zu den konkreten Aufbauten über einen langen Zeitraum fortbestehen bleibt. Viele Kinder fragen am Ende der Stunde nach, ob das von ihnen Aufgebaute bis zum nächsten Kontakt und darüber hinaus so stehen bleiben kann. Diesem Bedürfnis nach Konstanz und Ortsverbundenheit kann durch die schriftliche Fixierung Rechnung getragen werden, während parallel die Mitteilung und die Erkenntnis, dass Veränderungen in diesem Rahmen stattfinden, d.h. neue und andere Kinder kommen, der Klärung der Beziehungsebene zwischen Therapeut und Kind dient.

Die Bewegungsspiele fördern den Beziehungsaufbau, gleichzeitig kommt dem Therapeuten die Aufgabe zu, aus einer übergeordneten Position heraus, die Eigenständigkeit des Kindes zu fördern, Kompetenzen aber auch Grenzen bewusst zu machen und Handlungsalternativen anzuregen. In dieser Phase stehen Prozesse im Vordergrund, bei denen das Kind auf der Basis vorhandener Handlungserfahrungen lernt, sich selber realistisch einzuschätzen und seine eigenen Ressourcen zu aktivieren, indem angemessene Hilfen gegeben werden, die eine vermehrt zielgerichtete Handlungsorientierung und adäquate Ursachenzuschreibungen ermöglichen. Die gemeinsamen Spiel- und Bewegungsaktivitäten werden in erster Linie vom Kind initiiert und gelenkt, Erweiterungen oder Veränderungen werden vom Therapeuten angeboten, soweit das Kind es zulässt. Das Ende dieser Phase deutet sich dadurch an, dass die Kinder sich im therapeutischen Setting gut orientieren können, die geltenden Regeln akzeptieren und dem Therapeuten die Bereitschaft signalisieren, ihn als Wegbegleiter für die weitere Arbeitsphase zu akzeptieren und für neue Erfahrungen offen zu sein. Die prägnantesten Signale sind die Sicherheit im Umgang mit der

therapeutischen Situation in Form von Räumlichkeiten und Rituale kennen und annehmen, Hinwendung zu neuen Angeboten und das vermehrte Einlassen auf externe Anregungen.

7.2.2. Die Auseinandersetzungsphase

Die nächsten beiden Phasen bilden gewissermaßen die Kernphasen der Therapie, in der die wesentlichsten Veränderungen und Erfolge erzielt werden. Die Auseinandersetzungsphase ist dadurch gekennzeichnet, dass die Kinder von sich aus eine größere Explorationsfreude und Variationsbreite im Handeln und Erleben zeigen und sich mit bis dato kritischen Situationen zaghaft auseinandersetzen. Sie wenden sich vermehrt neuen Materialien und Aufgabenstellungen zu und sind bemüht, den Prozess der Problembewältigung selbständig oder mit therapeutischer Unterstützung lösen zu wollen. Signalisiert das Kind Bereitschaft, sich auf neue Anforderungen einzulassen, verharnt jedoch selber noch in stereotypen Spiel- und Bewegungshandlungen, können die Angebote auch vom Therapeuten initiiert werden. Die neuen Anregungen sollten eine mittlere Diskrepanz zu den vertrauten Handlungsplänen aufweisen, da sie nur dann vom Kind als akzeptabel und umsetzbar erlebt werden. Bewährt hat sich eine Kombination aus bekannten und neuen Strukturen bzw. Aufgaben, die eine Herausforderung darstellen zugleich aber auch Erholungsphasen bieten, in denen sich das Kind an die veränderten Erfahrungen und Verhaltensweisen gewöhnen kann. Neue Erkenntnisse können durch Ergänzung eines Spiels über neue Materialien, die Erweiterung der Rahmenhandlung (z.B. die Spielidee Feuerwehr, bei der das Kind auf einem Rollbrett mit lautem Geheul durch die Halle fährt, wird um neue Handlungsmuster erweitert; die Feuerwehrleute müssen klettern und springen, um Katzen vom Baum zu holen, Brände zu löschen und Großtransporte zu begleiten) und den Einbezug neuer Ausdrucksmittel angeregt werden.

Ein für die Arbeit mit Kindern vielfältig einzusetzendes kreatives Medium sind die sogenannten Assoziationskarten¹³³, die aus bunten Farbkompositionen, Gesichtern mit unterschiedlichen Gesichtsausdrücken, gegenständlichen Bildern oder auch Blankokarten bestehen. Sie können die Kinder dazu anregen, in der Fortsetzung der Farbkarten mit Farben und Formen zu experimentieren oder mit Hilfe der Gesichtskarten, eigene Stimmungen auszudrücken. Die gegenständlichen Bilder bieten sich an, um in der Gruppe eine Geschichte zu erfinden, indem die Kinder eine Karte ziehen und die bereits begonnene Geschichte um das neue Bild, die neue Situation ergänzen. Die Blankokarten können von den

Kindern selbständig gestaltet und in der o.g. Form eingesetzt werden. Das Inszenieren erzählter Geschichten in Spiel- und Bewegungshandlungen verbindet ein interessantes Angebot motorischer Aufgaben mit der Möglichkeit, die Protagonisten der Handlung vielfältig auszugestalten und den Umgang mit unterschiedlichen Konflikten spielerisch zu lösen. Insbesondere Figuren wie König/Königin und Soldaten/Ritter bieten aufgrund der ihnen impliziten Macht- und Kontrollthematik die Formulierung von Wünschen aber auch Ängsten, die bislang im Kontrast zum Selbstbild des Kindes standen. Die Fantasie und die Rollenübernahme, die das Spiel ausmachen, erleichterten die Bearbeitung neuer Erfahrungen aber auch Konflikte, ohne reale Konsequenzen nach sich zu ziehen. Der Therapeut muß durch seine wertschätzende Akzeptanz die unterschiedliche Ausgestaltung der Rollen ermöglichen bzw. vielfältige Variationen an Handlungs- und Lösungsalternativen anregen. Zugleich ist der Therapeut verpflichtet, den Realitätsbezug herzustellen, um die neugewonnenen Erfahrungen in die Lebenswirklichkeit zu übertragen. Diese zum bisherigen Selbstkonzept des Kindes konträr stehenden Erfahrungen beziehen sich einerseits auf die Ausweitung der eigenen konkreten Handlungsgrenzen, indem das Kind bereit ist, Neues zu wagen und mit der Unterstützung des Therapeuten mehr Risiken im Sinne auftretender Probleme aber auch erlebter Erfolge/Mißerfolge einzugehen. Zum anderen betreffen sie das Erleben neuer Wirksamkeitserfahrungen und die Zuschreibungen erfolgreicher Handlungen auf die Anstrengung und Fähigkeiten der eigenen Person. Diese widersprüchlichen Erfahrungen sind nach ROTTERs Modell der Handlungsregulation Voraussetzung für die Änderung von Erwartungshaltungen, sofern sie einen Überraschungseffekt haben, durch den Wechsel von Erfolgen und Mißerfolgen als aussagekräftig bewertet werden und nicht eine einmalige, nicht zu wiederholende Erfahrung bleiben.

Die Änderung bestehender Konzepte und das Aufbrechen vertrauter Strukturen sind mit Angst und Unsicherheit verbunden, wie stabil die neu erworbenen Kompetenzen vorhanden und abrufbar sind, wie sich das eigene negative Selbstbild mit der Wahrnehmung von Erfolg und Handlungskontrolle verträgt oder wie die Umwelt mit dem veränderten Verhalten umgeht. Was passiert, wenn das Kind mit neuem Selbstvertrauen und Offenheit sich den alltäglichen Anforderungen stellt? Resultieren daraus von den Eltern oder den pädagogischen Fachkräften neue Ansprüche, die mögliche Überforderungen nach sich ziehen? Obgleich in dieser Phase kontinuierliche Veränderungen im Verhaltensmuster der Kinder zu beobachten sind, kann sie durchaus auch von starken Schwankungen oder Rückschritten

¹³³ Assoziationskarten von Moritz Egetmeyer; das dazugehörige Buch von Kirschke 1997 gibt interessante Anregungen für den praktischen Einsatz der unterschiedlichen Karten

geprägt sein, die sich aus der Unsicherheit und Inkongruenz des Selbstbildes ergeben. An den Therapeuten stellt diese Phase hohe Anforderungen, da er mit Aufmerksamkeit, Akzeptanz und Einfühlungsvermögen auf die Veränderungen reagieren muss. Seine Aufgabe ist es, die diskrepanten Erfahrungen behutsam rückzumelden und zu beschreiben, die Ängste ernst zu nehmen und zugleich durch Bekräftigung und Verstärkung der neuen Problemlösestrategien das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stabilisieren. Ganz wesentlich ist dabei das Herstellen relationaler Bezüge (*"Du kannst mittlerweile sehr gut klettern, aber im Vergleich zu deinen Kameraden sind manche noch besser"*), die das Abgleiten in euphorische Überbewertungen verhindern und zu einer angemessenen realistischen Selbsteinschätzung führen. In dieser Phase ist die aufgabenbezogene Selbstverbalisation von besonderer Bedeutung. Die wachsende Motivation des Kindes, sich mit neuen, unbekannten Aufgabenstellungen handelnd auseinanderzusetzen, kann durch die Anregung zur verbalen Handlungsbegleitung unterstützt werden. Die Selbstinstruktion richtet die Aufmerksamkeit auf situationsrelevante Informationen und vermindert damit das Auftreten lageorientierter, handlungsblockierender Gedanken und führt zur Minimierung von Angst und Kontrollverlust. Parallel dazu führt die Verbalisation und Übernahme veränderter Zuschreibungsmuster, wie sie in der Orientierungsphase durch den Therapeuten modellhaft vorgenommen wurde, zu einer Veränderung im Erleben eigener Handlungs- und Kontrollmöglichkeiten.

Darüber hinaus kann die Integration neuer Erfahrungen in das vorhandene Selbstkonzept durch vergleichbare Erlebnisse auch in den anderen Lebensbereichen (Elternhaus, Kindergarten) unterstützt werden. Die kooperative Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Institutionen und Personen ist dafür eine unabdingbare Voraussetzung.

Das Ende der Phase zeichnet sich ab, wenn das Kind in der vertrauten Zweiersituation so viel Stabilität und Sicherheit erlangt hat, dass die handelnde Auseinandersetzung mit neuen Aufgaben und der Umgang mit konkreten Leistungsanforderungen (gezielte Bewegungsaufgaben, Übungen) vom Kind ohne offensichtliche Ängste und Blockaden bewältigt werden können. Das Kind verfügt bereits über ein ausreichend stabiles Selbstkonzept, das es ihm ermöglicht, neue Herausforderungen anzunehmen und zu bewältigen. Die vermehrte interaktive Auseinandersetzung mit seiner Umwelt hat zu einer Erweiterung der zur Verfügung stehenden Handlungskompetenzen oder Lösungswege beigetragen.

Der Eintritt in die nächste Phase der Therapie wird von den intendierten Zielvorstellungen bestimmt. Die Erweiterungsphase, d.h. die Eingliederung in eine Gruppe, ist nicht für alle Kinder verpflichtend, sondern primär dann angezeigt, wenn der Erwerb sozialer Kompe-

tenzen im Vordergrund steht. Bei den anderen Kinder erfolgt der Übergang von der Auseinandersetzungsphase in die Übertragungsphase.

7.2.3. Erweiterungsphase

Eine Erweiterung der in der therapeutischen Situation erworbenen Kompetenzen von Handlungskontrolle und Selbstvertrauen stellt die Auseinandersetzung mit einem anderen Kind dar, das nicht therapeutisch, sondern spontan und mit seinen eigenen Lebenserfahrungen auf den Spielpartner reagiert. Die therapeutische Kleingruppe bietet die Möglichkeit, in einem geschützten und behüteten Rahmen das veränderte Explorationsverhalten in einer Vergleichssituation zu behaupten, neue Verhaltensweisen auszuprobieren und Konsequenzen adäquat aufzuarbeiten. Die Schwerpunkte dieser Phase sind die Stabilisierung der Handlungskontrollmöglichkeiten unter veränderten Umgebungsbedingungen und der Erwerb sozialer Erfahrungen wie Aushandeln von gemeinsamen Spielstrukturen und -regeln, Berücksichtigung der Belange der Spielpartner, Formulierung und Durchsetzen eigener Bedürfnisse und Vorstellungen.

Eine Gruppentherapie ist indiziert, wenn das Kind sich bislang in Gruppensituationen als gehemmt, verunsichert oder minderwertig erlebt hat, sich nicht aktiv in das Gruppengeschehen einbringen konnte und statt dessen eine Außenseiterposition eingenommen hat. Von den Kindern verlangt die Gruppe ein höheres Maß an Frustrationstoleranz, da nicht mehr allein ihre eigenen Interessen im Vordergrund stehen, sondern die Bedürfnisse und Belange aller Gruppenmitglieder gleichermaßen Berücksichtigung finden. Darüber hinaus kann sich der Therapeut nicht mehr allein auf ein Kind konzentrieren und ihm den geforderten permanenten Schutz bieten. Die Kinder müssen vielmehr lernen, vermehrt selbständig ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse zu vertreten. Andererseits kann der Erfahrungsaustausch und das gemeinsame Erleben kritischer Situationen zwischen den Gruppenmitgliedern entlastende Funktion haben.

Der Therapeut hat die Pflicht, im Vorfeld mögliche Ängste der Kinder zu antizipieren, um angstausslösende Situationen vermeiden zu können. Für die Stundengestaltung eignen sich daher Spiel- und Bewegungsangebote, die gemeinsames Handeln erfordern, jedoch für den Einzelnen Rückzugsmöglichkeiten und Schutzräume offen lassen. Das Kind erhält die Möglichkeit, in einem anderen Wachstumsfeld die zuvor erworbenen Kompetenzen anzuwenden, die dann als adäquat erlebt werden oder mit Unterstützung des Therapeuten eine geringfügige Modifikation erfordern. Das Ziel ist es, vielfältige Handlungsfelder zu erfah-

ren, in denen man sich selbst als kompetent und handlungsfähig erlebt, zugleich aber auch Leistungsunterschiede zwischen den Spielpartnern wahrzunehmen und zu akzeptieren, ohne dass das eigene Selbstvertrauen erschüttert wird. Die therapeutische Kleingruppe stellt den geschützten Rahmen dar, innerhalb dessen gemeinsame Aktivitäten geplant und umgesetzt werden, die der individuellen Rolle des Einzelnen gerecht werden. Die Rollenübernahme kann aber auch Konflikte auslösen, deren Bewältigung innerhalb der Gruppe eine zentrale Aufgabe darstellt. Unter dem Aspekt stellvertretender Erfahrungen können die Lösungswege und Ursachenzuschreibungen anderer Gruppenmitglieder Modellcharakter haben und zu einer Erweiterung vorhandener Kompetenzen und Handlungsstrategien beitragen. Über die Verbalisation von Handlungsschritten erhalten die Kinder neue Anregungen und Handlungs- bzw. Lösungsmöglichkeiten für die Bewältigung diverser Anforderungen. Die im Sinne des Modell-Lernens eingesetzte verbale Selbstinstruktion sollte jedoch im weiteren Verlauf der Gruppentherapie vermehrt in innere Sprache übergehen. Die Bedeutung anderer Kinder als Modell ist allerdings nur gewährleistet, sofern die Kinder sich mit dem Modell identifizieren können. Die Zusammensetzung der Gruppe unterliegt daher folgenden Überlegungen:

- ◆ Die Kinder sollten in ihrem Entwicklungs- und Erfahrungsstand ähnlich sein, d.h. alle noch Vorschulkinder sein oder in die Schule gehen.
- ◆ Während im Bereich Lebenserfahrung Homogenität angestrebt wird, sollte für die Art und Weise der handelnden Auseinandersetzung eher Heterogenität gewährleistet sein. Der "Planer und Denker" ergänzt sich mit dem "aktiven Arbeiter", die sich gegenseitige Anregungen in Form antizipierter Lösungswege und konkreter Handlungen bieten.
- ◆ Nicht alle Variablen, die eine optimale und entwicklungsfördernde Zusammensetzung gewährleisten, können im Vorfeld abgeglichen werden, da auch Faktoren wie Sympathie füreinander wesentlichen Einfluss haben, die für den Therapeuten nicht immer vorhersehbar sind, da sie auf Eindrücken und Erfahrungen des Einzelnen basieren.
- ◆ Eine nicht zu unterschätzende Bedeutung hat auch die Bewertung der beteiligten Eltern. Unterschiedliche Lebensbedingungen und Wertmaßstäbe beeinträchtigen eine gegenseitige Akzeptanz und ein harmonisches Arbeitsklima. So führen beispielsweise große soziale Unterschiede häufig zu Konflikten, da Sorgen über mögliche negative Einflüsse bestehen oder schlichtweg sehr unterschiedliche Lebensumfelder und andere Sozialisationsbedingungen gemeinsame Aktivitäten erschweren.

Im Idealfall finden die Eltern (in der Regel die Mütter) eine gemeinsame Ebene, so

dass sich für sie eine Art privater Selbsthilfegruppe mit Austausch und Stützungsmöglichkeiten bietet oder sogar private Kontakte die sozialen Bezugspunkte des Kindes erweitern.

Das Ende dieser Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass die Kinder die in der Einzeltherapie erworbenen Handlungs- und Kontrollstrategien in der therapeutischen Kleingruppe festigen und um soziale Kompetenzen erweitern konnten. Sie erleben sich selbst als kompetent, die in der Gruppe auftretenden Herausforderungen anzunehmen und auftauchende Problem- und Konfliktsituationen selbständig zu lösen. Im geschützten therapeutischen Rahmen experimentieren sie mit den erworbenen Strategien, die es ihnen ermöglichen, die regulären Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Die gezielten Interventionen des Therapeuten werden weniger, indessen die Kinder wie in der Eingangsphase zunehmend mehr Raum bekommen und diesen eigenverantwortlich mit Inhalten und Strukturen organisieren. Der Therapeut übernimmt verstärkt die Rolle des Beraters, der die Entwicklungsprozesse und Veränderungen begleitet.

7.2.4. Übertragungsphase

Die Übertragungsphase leitet sozusagen die Ablösung ein, dadurch dass das Kind nunmehr in der Lage ist, sich neue Handlungsfelder zu erschliessen. Diese Phase zielt darauf ab, die gewonnenen größeren Verhaltens- und Handlungskompetenzen zu festigen und auf andere Wachstumsfelder zu übertragen. Im Idealfall handelt es sich dabei um pädagogische Gruppen, die unter qualifizierter Leitung stehen und mit auftretenden Problemen und Störungen umgehen können. Eine bevorzugte Ergänzung sind bewegungsorientierte Freizeitangebote, die jedoch leider nur zu einem sehr geringen Teil nicht sportartspezifisch oder leistungsbezogen arbeiten. Vereine, die den Spaß an der Bewegung und die Vermittlung sozialer Erfahrungen in den Vordergrund stellen,¹³⁴ bieten eine sinnvolle Ergänzung zum therapeutischen Setting.

Die parallel laufende therapeutische Einheit stellt noch einen Rückzugs- und Schutzraum dar, um neue oder frustrierende Erfahrungen in einem vertrauten und sicheren Rahmen mit fachlicher Unterstützung aufarbeiten zu können. D.h. der Therapeut wird zunehmend zum Supervisor des Kindes in dessen Bemühungen die anstehenden Entwicklungsaufgaben selbständig zu lösen. Die Kinder sollen die Stunden dazu nutzen, für sie wichtige, zurück-

¹³⁴ Eine interessante Alternative bieten die Vereine für Gesundheitssport und Sporttherapie

liegende Ereignisse anzusprechen, um Anerkennung für die erfolgreiche Bewältigung zu bekommen aber auch um Ursachen für schwierige Verläufe aufzuspüren und alternative Lösungswege zu erarbeiten. Gleichmaßen kann die antizipierte Strukturierung und Bewältigung bevorstehender Ereignisse die Kinder in ihrer Kompetenz stützen und den Aufbau vielfältiger Coping-Strategien fördern.

Auf der inhaltlichen Ebene werden Spiel- und Bewegungssituationen angeboten, die dem kindlichen Explorationsdrang gerecht werden und verschiedene Kompetenzbereiche ansprechen. Im Vordergrund stehen gemeinsam entwickelte und durchgeführte Bewegungsgeschichten, welche mit der Erstellung von Bauplänen oder der Niederschrift der Handlungsgeschichte auch graphomotorische und sprachliche Förderansätze verbinden. Das Ende dieser Phase und damit auch das Ende der therapeutischen Intervention zeichnet sich ab, wenn die eingangs ausgehandelten individuellen Therapieziele realisiert werden konnten. Global formuliert sind die Kinder nunmehr in unterschiedlichen Lebensbereichen in der Lage, sich eigene Entwicklungsanreize zu setzen und diese mit Unterstützung ihres sozialen Umfeldes, der Eltern, Geschwister und Freunde konstruktiv zu nutzen.

7.3. Abschlussphase

Das Ende der Therapie unterliegt einem gemeinsamen Entscheidungsprozess zwischen Therapeut, Eltern und Kind und basiert auf

- ◆ den Eindrücken und der diagnostischen Beurteilung des Therapeuten, welche Entwicklungsfortschritte das Kind gemacht hat, inwieweit es die verschiedenen Anforderungen seines Lebensalltags in Zukunft eigenständig bewältigen kann und welche Veränderungen durch eine therapeutische Intervention noch zu erreichen wären
- ◆ den Rückmeldungen der Eltern durch vorausgegangene Gespräche und/oder die Kurzkontakte während der Therapie über die Zufriedenheit und den Erfolg der durchgeführten Maßnahme
- ◆ den Wünschen und Bedürfnissen der Kinder, sich neue Betätigungsfelder zu erschließen und mehr Freiräume für andere Aktivitäten zu haben.

Die Abschlussphase wird mit einem **Elterngespräch** eingeleitet, in dem retrospektiv die Entwicklung des Kindes in der zurückliegenden Therapiephase betrachtet wird. Ausgehend von den eingangs umschriebenen intendierten Zielzuständen werden die real erreichten Entwicklungsfortschritte bewertet. In die Beurteilung fließt neben den Skalierungswerten die subjektive Einschätzung der Eltern ein, wie positiv oder negativ sie die Veränderungen ihres Kindes erleben. Unter Umständen haben sich aufgrund geänderter Umgebungsbedingungen neue Probleme ergeben, die eine Fortsetzung der Therapie mit anderen Schwerpunkten erforderlich macht. Im günstigen Fall kommen Therapeut und Eltern zu der Übereinkunft, dass das Kind mittlerweile über umfassende Handlungsmöglichkeiten verfügt, das eigene Bedürfnis und den Wunsch verspürt, Neues mit Spannung und Interesse zu erforschen und in seiner motivationalen und emotionalen Grundhaltung so gefestigt ist, dass neue Situationen handelnd kontrolliert werden können. Einhergehend mit einem gewachsenen Selbstvertrauen in die eigene Person können in sozialen Prozessen Aufgaben und Konflikte in angemessener Weise eigenständig bewältigt werden.

Wünschenswert ist zudem ein Austausch mit den pädagogischen Fachkräften beteiligter Institutionen, um mit der Rückmeldung über die Entwicklung und Einschätzung des Kindes auch aus anderen Mikrosystemen das Gesamtbild abzurunden.

Besteht Einigkeit über das Ende der Therapie werden einerseits die Modalitäten der Abschlussphase geklärt (Zeitpunkt, Termin der Kontrolluntersuchung) und andererseits wenn erwünscht, perspektivisch weiterführende (Freizeit-)Angebote besprochen und eingeleitet.

Parallel dazu sucht der Therapeut das **Gespräch mit dem Kind**, um dessen Vorstellungen und Wünsche bezüglich der Fortführung der Therapie zu klären. Haben die Kinder in anderen Lebensbereichen neue Kontakte und Betätigungsfelder (Sportvereine, Pfadfinder, kirchliche Gruppen) aufgebaut, äußern sie mitunter von sich aus den Wunsch, mehr Zeit für ihre Interessen zu haben und die therapeutische Gruppe nicht länger zu benötigen. Andererseits möchten einige Kinder diesen Schutzraum nicht verlassen, in dem sie sich sicher und geborgen fühlen und mit Spaß und Freude, vielfältige Aktivitäten erleben und erfahren können. In gemeinsamen Gesprächen kann man den Kindern ihren Entwicklungsverlauf aufzeigen und den eigenen Standpunkt nahebringen, dass eine weitere Unterstützung aus therapeutischer Sicht nicht länger erforderlich ist. Zugleich sollte man mit ihnen zusammen überlegen, welche anderen Angebote sie gerne nutzen würden bzw. ausprobieren könnten und welche Ängste oder Sorgen für sie mit diesem Neuanfang verbunden sind. Der Rückbezug auf die Bewältigung ähnlicher kritischer Situationen wie der Einbindung in eine unbekannte Gruppe innerhalb der zurückliegenden Therapie kann die Unsicherheit der Kinder minimieren und ihre Kompetenzen herausheben. Die verbale Rückmeldung über die positive Entwicklung erfolgt auch unter dem Gesichtspunkt der Bewußtmachung, damit das Kind sie in sein Selbstkonzept integrieren kann.

Der Nachweis der Entwicklungsverläufe erfolgt während der Therapie durch die kontinuierliche Prozessdiagnostik und konstante Dokumentation des Verlaufes im Beobachtungsprotokoll. Zusätzlich werden zur **Effektivitätskontrolle** die bereits in der Diagnostikphase eingesetzten motometrischen Tests erneut durchgeführt, um eine umfassende Veränderungsmessung zu gewährleisten. Die Daten aus dem Beobachtungsprotokoll sowie die Auswertung der Zielerreichungsskala sind dabei von besonderer Relevanz, da sie im Gegensatz zu punktuellen Messungen im Sinne quantitativer Veränderungen, die Effektivität therapeutischer Interventionen im konkreten Lebensalltag des Kindes belegen. Insbesondere bei den in dieser Arbeit vorgestellten Kindern sind die motorischen Kompetenzen das geringere Problem, wesentlich schwieriger gestaltet sich der Einsatz ihrer Fähigkeiten, der durch motivationale und emotionale Blockaden gehemmt ist. Die schriftliche Fixierung des Entwicklungsverlaufes mit seinen Wendepunkten und Krisen sowie dem aktuellen Stand und der Empfehlung für potentielle, ergänzende Maßnahmen erfolgt in Form des therapeutischen Verlaufsbefundes.

In der Arbeit mit dem Kind wird die Abschlussphase mit dem Gespräch über das angestrebte Ende der Therapie eingeleitet und mit gemeinsam geplanten Aktivitäten die **Loslösung** fortgesetzt.

Anhand der selbst erstellten Spielmappen, die auch der Findung der Ortsidentität dienen, können rückblickend zusammen mit dem Kind Inhalte und Veränderungen reflektiert werden. Die Reflexion über Schwierigkeiten im Einzel- und Gruppenprozess, aber auch über positive Veränderungen und besondere Eindrücke und Erlebnisse unterstützen die Integration dieser Erfahrungen in das kindliche Selbstkonzept. Das Kind erhält die Gelegenheit in sogenannten Wunschstunden, ausgewählte Spiel- und Bewegungsangebote nochmals zu erleben. Die gemeinsame Planung zur Gestaltung der Abschlussstunde bildet gleichsam das eigentliche Ende der therapeutischen Zweierbeziehung. Unabhängig davon, ob ein einzelnes Kind oder die gesamte Gruppe aufhört, darf das Kind auswählen wer in der Abschiedsstunde noch anwesend ist (Eltern, Geschwister, Freunde) und wie sie gestaltet wird. Die Möglichkeiten reichen von Kuchen und Kakao über einen Geräteparcour bis hin zu Spielen ohne Grenzen für Kinder und Erwachsene.

Den formalen Abschluss der psychomotorischen Entwicklungstherapie bildet die ärztliche **Kontrolluntersuchung**, bei der die Einschätzung der Eltern, der therapeutische Verlaufsbefund sowie die neurologisch-motorskopischen Befunde zusammengetragen werden und in einem gemeinsamen Gespräch die Entwicklung des Kindes und die nicht mehr erforderliche Fortführung der Therapie konstatiert wird.

Auch wenn diese Phasen nicht immer in idealtypischer Abfolge auftreten, stellen sie doch aufeinander aufbauende und ineinandergreifende Schwerpunkte im therapeutischen Geschehen dar.

Das hier vorgestellte Konzept von Spiel- und Bewegungshandlungen als Vermittler kognitiver, emotionaler und sozialer Kompetenzen für die spezielle Zielgruppe entwicklungsbeeinträchtigter Kinder geht von der Planung und Umsetzung kindlicher Spielideen über eine Erweiterung der Handlungskompetenzen durch gezielte Spiel- und Bewegungsanregungen hin zu selbständiger Sozial- und Materialerfahrung durch intensive freie Exploration und komplexe Spiel- und Bewegungsangebote. Damit weicht dieser Ansatz von der Konzeption des Spiels von FRITZ 1997 ab bzw. realisiert sich sozusagen in umgekehrter Richtung. In ihrem Konzept verläuft die Entwicklung von der intensiven Exploration der sozialen und materialen Umgebungsbedingungen über die Erweiterung vorgegebener Handlungspläne hin zum selbständigen Handeln durch Planung und Realisierung eigener Spielideen. Der hier dargestellte Ansatz orientiert sich in erster Linie an den vom Kind initiierten Spielhandlungen, die im Einzelfall als nahezu stereotype Handlungsmuster das therapeutische Geschehen bestimmen. Die für das Kind inhärente Sinnhaftigkeit spezifischer Spielhandlungen ist jedoch der zentrale Anknüpfungspunkt für die therapeutische Intervention

wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

Fallbeispiel Marvin

In der ersten Phase sind die eigenen Spielideen und Spielhandlungen der Ausgangspunkt, die für das Kind sinnvoll sind und vertrautes darstellen. Der Therapeut regt die Kinder im Dialog dazu an, die eigenen Organisations-, Planungs- und Kontrollprozesse zu reflektieren.

Marvin wurde uns im Alter von 4;6 Jahren wegen motorischer Auffälligkeiten (plumpes, gehemmtes Bewegungsverhalten), fehlender sozialer Integration in die Kindergartengruppe und geringen Explorations- und Spielverhaltens vorgestellt. Beim Erstkontakt blieb Marvin bei der Mutter sitzen und schien sich für die Spiel- und Bewegungsmaterialien nicht zu interessieren. Im sprachlichen Dialog war er jedoch offen und auf meine Frage, was er am liebsten spielen würde, antwortete er "*Brunnen bauen*", worauf hin die Mutter genervt das Gesicht verzog. Marvin ließ sich auf mein Angebot ein, gemeinsam einen Brunnen aus Holzsteinen zu erbauen, gleichwohl die Mutter von der für sie vertrauten Wiederholung und Persistenz der Spielidee wenig begeistert war. Unter dem Aspekt des Beziehungsaufbaus war die erste Stunde sehr positiv verlaufen, Marvin ließ sich auf gemeinsame Aktionen ein und war mit sich und seinem Werk am Ende sehr zufrieden. Meine Anregung, einen Bauplan für den Brunnen zu malen, lehnte er jedoch vehement ab und die Mutter bestätigte seine Aversion gegen jegliche graphomotorische Aktivitäten. Statt dessen nahmen wir die in unserer Klinik vorhandene Sofortbildkamera und schossen ein Foto unseres Brunnens, das wir in eine selbstangefertigte Mappe klebten. Am Ende der Stunde sagte Marvin zufrieden zu, in der nächsten Woche wieder zu kommen. Im Anschluss war ein Gespräch mit der Mutter unter vier Augen dringend notwendig, um ihr den Hintergrund für den von mir geplanten weiteren diagnostisch-therapeutischen Zugang zu erläutern, der zunächst eine Fortführung und ein Aufgreifen der von Marvin bevorzugten Brunnenidee vorsah, obgleich die Mutter dieses Spielthema nicht mehr hören konnte und zugleich von mir ja eine Veränderung und Erweiterung seiner Kompetenzen erwartete. In den folgenden zwei Stunden wiederholten wir den gewohnten Brunnenaufbau, variierten den Ablauf jedoch dahingehend, dass Marvin zunehmend Baupläne erstellen durfte, indem er mir mitteilte, was wir alles brauchten (aus den vorhergehenden Stunden bekannt) und in welcher Reihenfolge wir bauen mussten. Zur Unterstützung der Handlungsorganisation und zur Unterstützung der Ortsidentität sollte Marvin aus verschiedenen Spiel- und Baumarktkatalogen die benötigten Materialien ausschneiden und in seinen Ordner kleben. Prägnant für

Marvins Verhalten waren einerseits das Verhaften in einer fast zwanghaft wirkenden Spielidee und andererseits das Vermeiden grobmotorischer Aktivitäten. Der Bau der Brunnen war nur bedingt bewegungsintensiv und ging über die Hüfthöhe des Kindes nicht hinaus.

In einem zweiten Schritt wird versucht, im Spieldialog die Kinder anzuregen, neue Materialien hinzu zu nehmen oder veränderte Lösungswege auszuprobieren, um eine Erkenntniserweiterung zu erreichen. Auf der Basis der vertrauten Strukturen werden neue Elemente hinzu genommen.

In der vierten Stunde griff ich Marvins Idee wieder auf und baute in der Art der bereits entstanden Brunnen ein höheres Modell, für das er, um es weiterbauen zu können einen Kasten oder Hocker benötigte. Zugleich stellte ich auf den Brunnenrand Hüpffrösche, die man per Fingerdruck in den Brunnen springen lassen konnte. Marvin war zunächst überrascht, dann jedoch von den Fröschen begeistert und ließ sich auf das "Bewegungsangebot" ein. In den nächsten Stunden erweiterten wir gemeinsam die Idee, etwas in den Brunnen hinein zu werfen bzw. auch Schätze und ähnliches heraus zu angeln. Von Mal zu Mal wuchs der Brunnen und damit die Notwendigkeit, sich in die Höhe zu bewegen. Nach ca. weiteren 5 Stunden stellte ich statt der bislang selbstgebauten Brunnen einen hohen Turnkasten als Brunnen auf und kleidete ihn mit einer Matte und diversen Kleinmaterialien (Igelbälle, Sandsäcke, Korken, etc.) aus. Um in den Brunnen hinein zu kommen, musste Marvin eine Leiter hochklettern, sich an einem Seil ablassen und konnte auf dem Rückweg über eine Rutsche wieder runter rutschen. Mittlerweile hatte Marvin soviel Sicherheit erlangt, dass er sich nach anfänglichem Zögern auf das Bewegungsangebot einließ und später sogar mit Freude kletterte und rutschte. Im Brunnen fand er immer wieder eine Rückzugsmöglichkeit, zugleich konnten wir mit den verschiedenen Kleinmaterialien Tastspiele und Entspannungssequenzen (Massage, um den Modder, der im Brunnen war, zu entfernen) durchführen.

Die Erweiterung der Handlungsspielräume sowie das wachsende Vertrauen in die eigenen Kompetenzen ermöglicht den Kindern, mit Material frei zu explorieren und neue Ideen zu entwickeln.

In der letzten Phase der Therapie war die Stundengestaltung durch einen Wechsel von gezielten Angeboten zur Wahrnehmungs- und Bewegungsförderung und von Marvin initiierten Spiel- und Bewegungsideen geprägt. Marvins Verhaften am bekannten Brunnenbau (den er in der Phase des Hausbaus seiner Eltern fasziniert beobachtet hatte) hing auch mit

seiner Schwierigkeit der Handlungsplanung zusammen, die es ihm zugleich erschwerte, sich auf das variable Spiel der anderen Kinder seiner Kindergartengruppe einzulassen. Die Möglichkeit mit Hilfe von Zeichnungen und Plänen, Handlungsschritte zu strukturieren und nachvollziehbar zu machen, erleichterte Marvin die Auseinandersetzung mit neuen Materialien. Als Konsequenz einer gut funktionierenden Kooperation aller beteiligten Institutionen griff der Kindergarten diese Idee bei der Vermittlung neuer Inhalte auf bzw. beförderte Marvin zum "Architekten", der mit anderen Kindern gemeinsam Baupläne, Spielanleitungen und Backrezepte erstellte, die der Gruppe auch in Form einer Ideen-sammlung zur Verfügung stand. Mitunter brachte Marvin auch Ideen aus seiner Therapiemappe mit in den Kindergarten und es wurde überlegt, wie diese Spielideen auf die Gruppe und die dortigen Räumlichkeiten übertragen werden konnten.

Betrachtet man die vier Abschnitte der therapeutischen Phase (Orientierungs-, Auseinandersetzungs-, Erweiterungs- und Übertragungsphase) unter dem Aspekt der Intensität und Wirksamkeit der Interventionsmaßnahme, wird eine Dreiteilung deutlich. Das erste Drittel dient vorrangig dem Beziehungsaufbau und der wertschätzenden Anerkennung des Kindes, wobei gezielte Interventionen eine eher nachrangige Rolle spielen. Das zweite Drittel, das die Auseinandersetzungs- und Erweiterungsphase umfasst, ist einerseits durch ein vermehrtes Eingreifen und Lenken des Therapeuten und andererseits durch evidente Veränderungen in der Verhaltens- und Handlungssteuerung des Kindes gekennzeichnet. Das letzte Drittel, die Übertragungsphase, hat einen mehr begleitenden Charakter, indem es darum geht, die neu erworbenen kindlichen Kompetenzen und Einstellungen zu stabilisieren und in unterschiedlichen Lebensbereichen anzuwenden. Die zentrale Phase der Therapie im Hinblick auf die intendierte Zielerreichung und damit die Effektivität therapeutischer Intervention stellt demnach das zweite Drittel dar. Eine Erfahrung, die sich mit dem hypothetischen Prozessmodell von SCHMIDTCHEN/ENGBARTH 1986 deckt, die im Rahmen einer Untersuchung zur Beurteilung von Therapeuten- und Klientenvariablen für den Erfolg einer Therapie das zweite Drittel der Interventionsmaßnahme als entscheidend für den Verlauf und das Ergebnis der Spieltherapie ansehen. Wenngleich die Erklärungsansätze für diese Beobachtungen verschieden sind, bleibt festzuhalten, dass die Beziehungsgestaltung und die selbstwertfördernde Unterstützung des Kindes in der ersten Phase die Bereitschaft und Möglichkeiten des Klienten mobilisieren, sich neuen Anforderungen zu stellen, Verhaltensmuster zu reflektieren und Veränderungen zu zulassen.

8. Rahmenbedingungen

Die therapeutische Arbeit mit dem Kind, seiner Familie und den involvierten Facheinrichtungen wird neben den konzeptimmanenten Modalitäten durch diverse Rahmenbedingungen determiniert, die sich gegenseitig beeinflussen und zum Teil auch die inhaltliche Ausrichtung mitbestimmen. Die zentralen Konditionen, welche die Arbeit des Therapeuten bedingen, sind die institutionellen Strukturen, die räumliche und materielle Ausstattung sowie die damit verbundenen Möglichkeiten von Einzel- oder Gruppentherapien. Eine weitere Komponente, die dem direkten Einfluss des Motologen unterliegt, ist die eigene fachbezogene Aus- und Weiterbildung.

Diese Rahmenbedingungen werden im Folgenden unter dem Aspekt des Einflusses, den sie auf die therapeutische Arbeit haben, betrachtet und Empfehlungen für eine optimierte Gestaltung, wie sie in der eigenen Tätigkeit im Kinderneurologischen Zentrum (KNZ) in Düsseldorf realisiert sind, ausgesprochen.

8.1. Institutionelle Strukturen

Der Umfang und der Inhalt des therapeutischen Tätigkeitsbereiches wird im Wesentlichen von den *Aufgaben der jeweiligen Institution* mitbestimmt. In einer Einrichtung wie das Kinderneurologische Zentrum sind sowohl die Diagnostik als auch die Therapie entwicklungsbeeinträchtigter und -gestörter Kinder das zentrale Anliegen. Die differenzierte Abklärung und adäquate therapeutische Behandlung wird durch ein *interdisziplinäres Team* ermöglicht, dem neben Ärzten und Psychologen, Motologinnen/Motopädinnen, Logopädinnen, Ergotherapeutinnen, Krankengymnastinnen, eine Sozialpädagogin, eine EEG-Schwester, Erzieherinnen, Krankenschwestern/-pfleger, Arzthelferinnen und Schreibkräfte angehören. Für die psychomotorische Arbeit hat dies zur Folge, dass eine umfassende Informationssammlung aus Elternanamnese, Kindergartenbefunden, neurologisch-motoskopischer Untersuchung und/oder psychologischer Diagnostik beim Erstkontakt vorliegt. Die Motodiagnostik kann sich demnach einerseits auf die spezifischen motometrischen/-skopischen Verfahren beschränken und hat andererseits detaillierte Hintergrundinformationen zur Verfügung, die eine adäquate Einordnung der erhobenen Befunde in den gesamten Lebenskontext des Kindes erlauben. In anderen Arbeitsbereichen muss der Therapeut diese Informationen durch zahlreiche Einzelkontakte mit institutsfremdem Fachpersonal erst einholen. Im Rahmen des Kinderneurologischen Zentrums besteht zudem die Gelegenheit neben der ambulanten Abklärung die Möglichkeiten einer stationären Auf-

nahme in Anspruch zu nehmen. Dies bietet sich insbesondere dann an, wenn eine eindeutige Diagnostik und Selektion entwicklungsbeeinträchtigender Ursachen im ambulanten Setting nicht möglich ist.

Im stationären Bereich können die Kinder in verschiedenen sozialen Situationen beobachtet werden, die vom Spielverhalten über gruppenspezifische Prozesse bis hin zu Eltern-Kind-Interaktionen Aufschluss geben.

Aufgrund der Zuordnung des psychomotorischen Fachpersonals zu den medizinischen Hilfsberufen erfolgt die Zuteilung der Kinder zur weiteren motodiagnostischen Abklärung und/oder zur Übernahme in die psychomotorische Entwicklungstherapie durch den zuständigen Arzt/Psychologen. Die Auswahl der adäquaten Therapieform erfolgt nach interner Absprache der am Kind beteiligten Fachkollegen. Aufgrund des umfassenden therapeutischen Angebotes stehen Wahlmöglichkeiten zur Verfügung bzw. kann die fachliche Supervision durch Kollegen anderer Berufsgruppen wahrgenommen werden. Die Kooperation von Fachleuten vor Ort bietet den Vorteil eines optimalen Informationsflusses und der mitunter schwierigen Einbindung der Eltern in begleitende paar- oder familientherapeutische Maßnahmen. Dadurch bleibt die psychomotorische Arbeit auf den ihr zuständigen Aufgabenbereich begrenzt, ohne dass dem Therapeuten Informationen über Veränderungen auf anderen Mikroebenen vorenthalten bleiben.

Das institutsinterne Konzept der interdisziplinären Arbeits- und Sichtweise setzt sich auch in der gewünschten *Kooperation mit anderen Einrichtungen* fort. Die Hospitation in Kindergärten und Schulen sowie die Beratung des pädagogischen Fachpersonals sind integraler Bestandteil der therapeutischen Arbeit.

Die *Dokumentationspflicht* medizinischer Einrichtungen impliziert für die dort tätigen Motologen ebenfalls den Nachweis der diagnostischen und therapeutischen Arbeit in Form von Befunden und Verlaufsberichten. Diese Form der Falldokumentation dient nicht nur der juristischen Absicherung der Institution vielmehr ist sie für eine professionelle Selbstreflexion und für die aus psychotherapeutischer Sicht geforderte Qualitätssicherung therapeutischer Maßnahmen zwingend notwendig.

Die konzeptionelle Ausrichtung, die Finanzierung der jeweiligen Institution sowie die räumlichen Gegebenheiten haben einen Einfluss auf die Entscheidung in welchem Umfang Einzel- und Gruppentherapien durchgeführt werden. Im Kinderneurologischen Zentrum erlauben die räumlichen Bedingungen beide Angebote, die Entscheidung darüber ist demzufolge primär an therapeutisch-inhaltlichen Gesichtspunkten orientiert.

8.2. Einzel- oder Gruppentherapie

Die Einzeldiagnostik und Einzeltherapie sind in der Regel der Einstieg in die Therapie, um

- ◆ den Kontakt und die Beziehung zum Kind aufzubauen
- ◆ Lern- und Verhaltensstrategien des Kindes in der handelnden Auseinandersetzung mit seiner dinglichen Umwelt zu erfassen
- ◆ Interaktionsformen zwischen Eltern-Klient, Geschwistern-Klient beobachten zu können
- ◆ Vergleichs- und Konkurrenzsituationen zu meiden, die diese in ihrem Selbstkonzept zumeist sehr schwachen Kinder häufig erleben
- ◆ entsprechende Kompetenzen und Verhaltensmuster beim Kind aufzubauen, die eigenständiges und selbstwertstärkendes Handeln ermöglichen.

Der Übergang in eine Gruppentherapie ist indiziert, wenn die Erweiterung und Übertragung erworbener Kompetenzen auf einen größeren sozialen Kontext und der Erwerb sozialer Kompetenzen angestrebt ist. Die therapeutische Kindergruppe stellt sozusagen ein weiteres natürliches Mikrosystem und damit Wachstumsfeld dar, in dem die Kinder selbständig ihre eigenen Interessen bezüglich ihrer Spiel- und Bewegungswünsche, ihres Kommunikationsbedürfnisses und der Abgrenzung zu den Vorstellungen und Bedürfnissen anderer einbringen müssen. Im Zentrum der therapeutischen Intervention steht damit nicht die Gruppe als eine zu fördernde Einheit, sondern die Belange des einzelnen Kindes innerhalb dieser Gruppe. Gleichwohl die Gruppensituation für das einzelne Kind eine Reduzierung der kontinuierlichen und vollständigen Zuwendung und Geborgenheit durch den Therapeuten bedeutet. Eine Gruppentherapie ist daher nur dann sinnvoll, wenn das Kind nicht ein konstantes Bedürfnis nach Zuwendung hat sowie die Selbständigkeit und das Selbstwertgefühl ausreichend stabilisiert sind, da die Gruppensituation ein erhöhtes Maß an Frustrationstoleranz verlangt, das nicht durch individuelle Zuwendung gelöst werden kann.

8.2.1. Vorteile der Gruppentherapie

Die Interaktion zwischen den Kindern ist ein wichtiger therapeutischer Faktor hinsichtlich des Modellcharakters beim Erlernen neuer Verhaltensmuster. Nicht allein das größere Spektrum an Handlungsideen und Bewältigungsstrategien, sondern auch die differierenden Attributionsmuster bieten ausreichend Potential zur Nachahmung, sofern sich die Kinder als ähnlich erleben. Der Vergleich und die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen hat in

jedem Fall eine andere Qualität als die Interaktion zwischen Therapeut und Kind. Neben einem umfassenderen Verständnis für die Belange des anderen, der in ähnlichen Lebensvollzügen agiert, bietet die gemeinsame Handlungsebene wechselseitige Unterstützung, Hilfestellung und Anerkennung. Insbesondere die Akzeptanz anderer Kinder und die Möglichkeit selber helfend wirksam zu werden, sind basale Erfahrungsmomente der Gruppentherapie. Darüber hinaus kann das Erleben und Wahrnehmen der Interessen und Wünsche anderer Kinder die eigenen Bedürfnisse bewusster werden lassen bzw. neue Perspektiven der Orientierung eröffnen. Der Umgang mit eigenen Grenzen, das Selbsterleben sowie die Wahrnehmung anderer innerhalb einer Gemeinschaft stellen soziale Prozesse dar, die für die Kinder häufig mit Schwierigkeiten behaftet sind. Die Kleingruppe ermöglicht die Erfahrung und Umsetzung sozial adäquater Verhaltensweisen in einem geschützten Rahmen. Dem Therapeuten kommt dabei als Modell sozialer Kompetenzen eine besondere Rolle zu, indem das aktuell in die Interaktion nicht-involvierte Kind die Handlungsweisen und Haltung differenzierter und entspannter beobachten und beurteilen kann. Ein ganz wesentlicher Aspekt in diesem Zusammenhang ist das Erleben unerwarteter Reaktionen seitens des Erwachsenen, das die Aufmerksamkeit zusätzlich provoziert und zugleich neue Verhaltensmuster beim Kind ermöglicht. Werden Konflikte nicht durch einseitige Zuweisung von Strafe und gewährtem Schutz gelöst, sondern durch Eingehen und Akzeptieren der Gefühle und Verhaltensweisen beider Kontrahenten, können bei gleicher Ausgangslage gemeinsam Lösungen entwickelt werden. Eine wesentliche Voraussetzung für eine ausgewogene Akzeptanz und Toleranz ist die angemessene Zusammensetzung der Gruppe.

8.2.2. Kriterien zur Zusammensetzung der Gruppe

Die Zusammensetzung der Gruppe wird im Wesentlichen durch das Alter und den Entwicklungsstand der Kinder sowie die Störungsproblematik bestimmt. Das einzelne Kind sollte von seinem Entwicklungsstand her in der Lage sein, sich als kompetenter Spielpartner und Gruppenteilnehmer zu erleben. Es ist daher auch sinnvoll, dass die Kinder im außertherapeutischen Rahmen ähnlichen Anforderungssituationen ausgesetzt sind (Kindergarten/Schulkindergarten/Schule). Bezüglich der Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen sollte die Gruppe eher heterogen zusammengesetzt sein, um jedem Kind das Gefühl vorhandener Kompetenzen zu vermitteln, zugleich aber auch als entlastende Funktion die Probleme anderer Kinder wahrnehmen zu können. Die Unterschiede in der Bewältigung von Situationsanforderungen und die Stärken Einzelner haben für die übrigen Kinder auch Mo-

dellfunktion.

Die Gruppengröße sollte bei Kindern im Vorschul-/Schulalter eine Stärke von maximal 3 Kindern nicht überschreiten, bei älteren Kindern können es bis zu 5 Kindern sein¹³⁵. In unserer Praxis hat sich eine anfängliche Kleingruppe von 2 Kindern bewährt, die einerseits Gruppenprozesse und Übertragungsfunktionen erfüllt, zugleich dem Therapeuten noch die Möglichkeit einer intensiveren Betreuung und Zuwendung ermöglicht. Eine 3er-Konstellation bietet zwar die Möglichkeit, sich neuen Partnern zuzuwenden, es besteht jedoch auch die Gefahr der Polarisierung eines Paares und der Ausgrenzung eines einzelnen Kindes, was dann zu anderen gruppodynamischen Themen führt als vorgesehen. In der therapeutischen Endphase hat sich die Zusammenlegung von zwei Kleingruppen bewährt, so dass ein vertrauter Spielpartner als Bezugspunkt bleibt, zugleich in einer größeren Gruppe neue Kontakte aufgebaut, neue Themen und Grenzen ausgehandelt werden müssen.

Im Kinderneurologischen Zentrum wird die psychomotorische Entwicklungstherapie in geschlossenen Gruppen durchgeführt, d.h. die Therapie beginnt und endet mit allen Mitgliedern gemeinsam. Dies ergibt sich zwangsläufig aus der geringen Gruppengröße, aber auch inhaltliche Aspekte wie Konstanz in den Beziehungen und Sicherheit in vertrauten Strukturen sind bestimmende Elemente. Da sich der therapeutische Prozess über einen längeren Zeitraum erstreckt, sollte im Rahmen von Probekontakten sichergestellt werden, dass in der vorgesehenen Zusammensetzung eine Therapie sinnvoll durchzuführen ist, dass sozusagen die „Chemie“ innerhalb der Gruppe stimmt.

In unserem klinischen Alltag haben zudem die begleitenden Elternteile (zumeist die Mütter) die Möglichkeit, sich auszutauschen und die Gruppenstunde für Gespräche, Kaffee trinken etc. zu nutzen. Sofern die Gelegenheit besteht, hat sich eine homogene „Zusammensetzung“ der Müttergruppe als therapieunterstützend erwiesen, da diese informellen Gespräche für die Eltern oftmals entlastende Funktion haben können.

8.2.3. Therapeutenverhalten in der Gruppe

Im Rahmen der Gruppentherapie bleibt der Therapeut der primäre Ansprechpartner während die Gruppe mehr stützende Funktion hat und als erweitertes Wachstumsfeld anzusehen ist.

Die gruppodynamischen Prozesse und Konstellationen wirken sich auch auf das Therapeutenverhalten aus. Der Therapeut übernimmt nicht mehr vorrangig die Rolle als Spiel-

¹³⁵ Empfehlungen dazu auch bei EHLERS 1981, SCHMIDTCHEN 1999

partner, sondern er wird zunehmend zum Beobachter des Gruppengeschehens. Seine Aufgabe besteht darin, durch räumliche und materielle Strukturen Situationen zu arrangieren, die soziales Handeln ermöglichen. Gegenüber dem einzelnen Kind äußert er Akzeptanz und Verständnis, reflektiert dessen emotionale Befindlichkeit und kognitive Handlungsmuster.

Innerhalb der Gruppe treten verstärkt pädagogische Aspekte in den Vordergrund und vom Therapeuten sind klare Grenzsetzungen und Orientierungshilfen erforderlich, um die einzelnen Mitglieder vor Übergriffen zu schützen. Eindeutig begrenzt werden tätliche Angriffe auf andere Kinder oder auf den Therapeuten sowie Handlungen, welche die eigene Sicherheit gefährden. Darüber hinaus gelten bezüglich der Mitnahme und der mutwilligen Zerstörung von Spielmaterial die selben Regeln wie in der Einzelförderung.

Das unterschiedliche Explorationsverhalten und Ideenrepertoire der Kinder kann in der Gruppentherapie zu einem häufigen und zum Teil diffusen Wechsel der Spielaktivitäten führen, der die Situation für den Therapeuten insgesamt unüberschaubarer macht und einzelne Kinder in ihrem Handlungsspektrum irritiert oder blockiert. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die Situation durch Aufgabenstellung oder Material derart zu strukturieren, dass das Ungleichgewicht reguliert wird. Die stärkere Lenkung des Therapeuten bedingt, dass die Gruppentherapie dadurch etwas starrer wird als die Einzeltherapie, die mehr Spielraum gibt.

8.3. Räumliche und materielle Bedingungen

Die Gestaltung eines spiel- und bewegungstherapeutischen Angebotes setzt gewisse räumliche und materielle Standards voraus, um eine fundierte und adäquate Arbeit zu gewährleisten. Die psychomotorische Entwicklungstherapie findet als Einzel- oder Gruppentherapie statt, so dass unterschiedliche Raumgrößen erforderlich sind. Idealerweise bieten sich Räumlichkeiten an, deren Größe den unterschiedlichen Bedürfnissen der Kinder nach Weite bzw. Schutz gerecht wird und die durch flexible Elemente zu variieren sind. Für die Einzelförderung liegt der Raumbedarf bei ca. 25 qm, bei Gruppensitzungen wird pro Kind von 7-10 qm ausgegangen.¹³⁶ Die Beleuchtung sollte mit Tageslicht erfolgen. Die Fensterscheiben müssen wegen der vielfältigen Bewegungsaktivitäten bruchsticher und vor neugierigen Blicken geschützt sein. Ebenso sollte die Ansicht nach außen nicht zu viele Reize aufweisen oder die Möglichkeit der Reduktion durch Vorhänge, Milchglasscheiben etc.

¹³⁶ Siehe Empfehlungen/Richtlinien des BVDM zur Anerkennung einer motorologischen Praxis

bieten. Ebenso sind Verdunklungsmöglichkeiten wünschenswert, um u.a. Schattenspiele, Schwarzlichttheater oder einfach Spiele im Dunkeln zu erlauben.

Die Wände sollten einfarbig hell sein und mit einer stabilen Oberfläche versehen sein, die Ballwürfen und anderen Geschossen standhält.

Der Boden sollte rutschfest sein, mit einer stabilen, nicht zu harten Auflage, die verschiedene Spielformen, Rollbrett- und Pedalofahren, aber auch den Umgang mit feuchten Materialien (Wasser, Farbe, Matsch) zulässt.

Im Raum sollten Rückzugsmöglichkeiten bestehen, die durch Stellwände, Kisten oder Höhlen hergestellt werden können und den Kindern eine Auszeit erlauben.

Eine vollständige Auflistung aller erforderlichen und sinnvollen Materialien¹³⁷ ist nicht zu realisieren, da räumliche, thematische und konzeptionelle Überlegungen die Auswahl beeinflussen. Als empfohlene Standardmaterialien, die elementare Spiel- und Bewegungserlebnisse wie Springen, Klettern, Schaukeln, Rutschen ermöglichen, gelten Balanciergeräte, Schaukeln, Klettergeräte, Matten und Fahrzeuge. Als diagnostisch und therapeutisch sehr wertvolles Gerät hat sich das Trampolin erwiesen, das im Kinderneurologischen Zentrum in einem separaten Raum fest als Bodentrampolin installiert ist und für vielfältige Aktivitäten genutzt wird.

Hinzu kommen diverse Kleinmaterialien zur Wahrnehmungs- und handmotorischen Förderung. Zur Unterstützung der Ausdrucksmöglichkeiten und Kreativität bieten sich diverse gestalterische Medien an, die von klassischen Werk- und Bastelmaterialien über Kostüme und Schminke bis hin zu (Therapie-) Puppen reichen. Insbesondere für die Arbeit mit Kindern sehr zu empfehlen sind die bereits erwähnten Assoziationskarten, die auf verschiedene Arten und mit unterschiedlicher Intention in das therapeutische Setting eingebracht werden können.

Aufgrund der Fülle der in der psychomotorischen Entwicklungstherapie zur Verfügung stehenden Bewegungs-, Spiel- und Konstruktionsgeräte trifft der Therapeut in der Regel eine Auswahl an Materialien, die er den Kindern zur Verfügung stellt. Die entscheidenden Kriterien für eine angemessene Zusammenstellung sind der Entwicklungsstand des Kindes, der Aufforderungsgehalt des Materials sowie der thematische Schwerpunkt der Therapie-stunde. Der Aufforderungscharakter der Spiel- und Bewegungsgeräte wird einerseits durch den Bedeutungsgehalt bestimmt, den das einzelne Kind mit dem entsprechenden Gegen-

¹³⁷ Eine umfassende Übersicht bieten die einschlägigen Fachkataloge

stand assoziiert, andererseits durch den spezifischen Appellcharakter¹³⁸ der jedem Material innewohnt.

8.4. Fachkompetenz des Therapeuten

Das viersemestrige Aufbaustudium der Motologie mit seinem umfassenden Fächerkanon befähigt den ausgebildeten Motologen für den Einsatz in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Entsprechend der Besonderheit des jeweiligen Tätigkeitsbereiches sind spezifische Fachkompetenzen notwendig, die nicht allein im Studium vermittelt werden können, sondern zum Teil durch zusätzliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen berufsbegleitend erworben werden müssen.

Die für die kindertherapeutische Arbeit charakteristische Zweiteilung des Aufgabenbereiches in die Arbeit mit dem Kind und die begleitende Beratung der Eltern erfordert nicht nur Wissen, Geschick und Erfahrung im Umgang mit Kindern, sondern zugleich auch mit Erwachsenen. Selbsterfahrung und eine kritische Selbstreflexion sind eine grundlegende Voraussetzung, um mit den vielfältigen Interaktionsprozessen und ihren potentiellen Risiken von Übertragung und Gegenübertragung professionell umgehen zu können.

Für die interdisziplinäre klinische Arbeit sind ein fundiertes medizinisches und psychologisches Basiswissen über Symptomatik, Ätiologie und Interventionsmaßnahmen spezifischer Störungsbilder notwendig, um die vorliegenden Befunde adäquat einordnen zu können und fachübergreifend Therapiekonzepte zu entwickeln.

Die schriftliche Darstellung der diagnostischen Befunde, des Therapieplans sowie des therapeutischen Verlaufes verlangt die Auseinandersetzung mit differenzierten Dokumentationssystemen, die einerseits die Basis für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bilden und andererseits der Qualitätssicherung durchgeführter therapeutischer Maßnahmen dienen.

Die Beratungsaufgaben gegenüber den Eltern und den beteiligten pädagogischen Fachkräften setzen Grundwissen in der Gesprächsführung voraus. Der Umgang mit Widerständen z.B. bei der Akzeptanz von Entwicklungsstörungen beim Kind oder bei der Reflexion pädagogischer Arbeit im Kindergarten bedingt darüber hinaus Kenntnisse von Lösungsstrategien bei einer tendenziell destruktiven Dynamik.

Letztendlich gilt für den gesamten therapeutischen Arbeitsbereich eine berufsbegleitende (Fach-) Supervision als unabdingbar, um die vielfältigen dynamischen Prozesse innerhalb

¹³⁸ Differenzierte Ausführungen zum Appell von Materialien bei KLIPHUIS 1977

des Beziehungsgefüges zwischen Therapeut und Klient angemessen analysieren und verarbeiten zu können.

9. Vernetzung beteiligter Mikrosysteme

Ausgehend vom entwicklungsökologischen Kontext ist die Eltern- und Umfeldarbeit ein wesentlicher Bestandteil der Therapie, da das System der Familie die Grundlage für die Entwicklung sozialer Anpassungsfähigkeit darstellt. Eine auf entwicklungsökologischen Gesichtspunkten basierende Intervention hat zum Ziel, das Kind im Rahmen seines sozioökonomischen Kontextes auf die Lösung anstehender Entwicklungsaufgaben vorzubereiten und *Störfaktoren* durch kompensatorische Bewältigungsstrategien zu reduzieren. Derartige Interventionen zielen erstens auf gezielte Kompetenzerweiterung, Ressourcenaktivierung und Unterstützung kognitiver und innerpsychischer Regulationsprozesse beim Kind, zweitens aber in gleichem Maße auf eine Beeinflussung der einzelnen beteiligten Mikrosysteme und deren Vernetzung auf der Mesoebene, die in ihrer Gesamtheit einen erheblichen Einfluss auf die Risiko- bzw. Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung haben. In diesem Sinne müssen die therapeutischen Interventionen um protektive Maßnahmen in den verschiedenen Kontextebenen ergänzt werden. Die Umfeldarbeit zum Aufbau von Schutzfaktoren in den involvierten Mikrosystemen gliedert sich in zwei Schwerpunkte, die Arbeit mit der Familie und die begleitende Beratung von Kindergärten/Schulen.

9.1. Arbeit mit der Familie

Die Arbeit mit der Familie, in der Regel den Eltern in Einzelfällen auch den Geschwistern, erfolgt in erster Linie unter dem Aspekt beratender Begleitung zur Unterstützung und Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen in den häuslichen Alltag. Die gemeinsame Herangehensweise ermöglicht eine frühzeitige Klärung von Erwartungen der einzelnen Familienmitglieder und entlastet zugleich das Kind, das nicht mehr allein im Mittelpunkt der Betrachtung steht. Gleichermassen dient sie aber auch der Unterstützung der Eltern/Geschwister bei der Bewältigung potentiell eintretender Veränderungen im System Familie durch Therapiefortschritte des Kindes.

Ein verändertes Selbstverständnis einhergehend mit grösserer Autonomie, verändertem Rollenerleben aber auch Thematisierung bislang tabuisierter Wünsche des Kindes können zu einer Herausforderung für die gesamte Familie werden, die sich diesem Entwicklungsverlauf ebenfalls stellen muss.

Der enge Kontakt zur Familie ist zwingend notwendig, um wesentliche kommunikative und strukturelle Merkmale innerhalb der Familie und die Position des Kindes in diesem System zu erfassen und eine intensive Zusammenarbeit anzuregen. Dies bezieht sowohl die

Elternebene als auch die Geschwister mit ein. Dieses Engagement macht den Therapeuten zum aktiven Mitgestalter des Systems, der mit Respekt auf die Autonomie der Familie eine zeitlich befristete Beziehung mit ihr eingeht. Der Erfolg derartiger Maßnahmen scheint neben familiensystemischen Bedingungen von den spezifischen Kompetenzen des Therapeuten abhängig. DISCH/HESS 1988 ließen systemisch-angelegte Therapien im Nachhinein durch die Therapeuten und die Familien beurteilen und konnten so zwischen "guten" bzw. "schlechten" Therapien unterscheiden. Bei guten Therapien entstand rasch eine große Nähe zwischen Familie und Therapeut, die Familie ließ sich leicht motivieren und Konflikte konnten konstruktiv gelöst werden.

Bei negativer Therapieeinschätzung blieb die Distanz zwischen Therapeut und Familie, es gelang nicht, einen gemeinsamen Arbeitsschwerpunkt zu finden.

Die Autoren nannten folgende Fähigkeiten des Therapeuten als entscheidend für die positive Gestaltung der therapeutischen Beziehung (DISCH/HESS 1988, 309):

- ◆ sich durch das Mißtrauen der Familie nicht irritieren zu lassen
- ◆ sich nicht auf einen Machtkampf einzulassen
- ◆ einen positiven Kern auch hinter traditionellerweise als Widerstand gedeuteten Phänomenen im Sinne eines Kooperationsangebotes zu sehen und entsprechend fühlen und handeln zu können.

Kann die für eine konstruktive Kooperation notwendige Nähe zwischen den beiden Parteien nicht hergestellt werden, müsste der Abbruch der Therapie die logische Konsequenz darstellen. In die Entscheidung, ob diese einschneidende Maßnahme aus therapeutischer Sicht ergriffen wird, fließen neben den systemischen Aspekten auch Überlegungen zur Valenz der Therapiestunden für das Kind mit ein. Eine Fortsetzung der Interventionsmaßnahme erfolgt dann unter einer veränderten Zielperspektive, die primär eine emotionale Stärkung des Kindes vorsieht, ohne dass Transferleistungen auf andere Lebensbereiche erwartet oder intendiert werden. Ein solches Vorgehen bildet jedoch die Ausnahme, da die therapiebegleitende familienbezogene Beratung als für die Entwicklung des Kindes essenziell angesehen wird, um in regelmäßigen Abständen Veränderungen zu bilanzieren, Auswirkungen einzuschätzen und Konflikte aufzuarbeiten.

9.1.1. Begleitende Elternarbeit

Die inhaltlichen Schwerpunkte und die Formen der Elternarbeit variieren innerhalb der Interventionsmaßnahme entsprechend der therapeutischen Ausrichtung der einzelnen Phasen sowie der Entwicklung und den Veränderungen des Kindes.

Die zentralen Inhalte der begleitenden Elternarbeit werden im Folgenden gemäß der einzelnen Therapieabschnitte¹³⁹ erörtert, während die unterschiedlichen Formen phasenübergreifend dargestellt werden.

9.1.1. Inhaltliche Schwerpunkte der Elternarbeit

Eine wesentliche Voraussetzung für eine sinnvolle Zusammenarbeit ist das Wissen der Eltern um die Abläufe innerhalb der Therapiestunden, um eine gemeinsame Ausgangsbasis für eine gezielte Beratung zu schaffen, mit der spezifische Anregungen in den Alltag transferiert werden können. In unserer Einrichtung besteht für die Eltern die Möglichkeit, die Stunde durch eine Einwegscheibe zu verfolgen, ohne dass der therapeutische Prozess wie bei der teilnehmenden Beobachtung massiv beeinflusst wird. Kontraindiziert ist das verdeckte Zuschauen, wenn das Kind oder der Therapeut sich in seiner Handlungsfähigkeit dadurch eingeschränkt fühlt.

Das vorrangigste Ziel in der **Orientierungsphase** ist es, die Eltern für die Stärken ihres Kindes zu sensibilisieren und aus einer anderen Perspektive heraus neu zu betrachten. Die dem Erstkontakt oftmals vorausgegangene aufwühlende Konfrontation der Eltern mit den Problemen des Kindes im Kindergarten oder in anderen sozialen Gruppen hat mitunter den Blick auf die Schwächen fokussiert und die liebens- und lobenswerten Seiten des Kindes in den Hintergrund gerückt. Der Perspektivenwechsel erfolgt nicht allein unter dem Aspekt der veränderten Wahrnehmung und damit verbundenen Einstellungsänderung, sondern auch mit der Intention, den Eltern Ansatzpunkte für gemeinsame Aktivitäten zu geben. Im Vordergrund steht dabei die Anleitung der Eltern, auf die Spielideen und -anregungen ihres Kindes einzugehen und responsiv darauf zu reagieren. Das feinfühliges, kind- und entwicklungsangemessene Verhalten der Eltern bildet bekanntermaßen eine Grundvoraussetzung für die Unterstützung der kindlichen Explorationsfähigkeit als Basis eigener Wirksamkeitserfahrungen¹⁴⁰. Die Möglichkeiten, das eigene elterliche Verhalten zu reflektieren

¹³⁹ Die Elternarbeit in der Diagnostik- und Indikationsplanungsphase wurde bereits in Kapitel 5.2 bzw. 7.1.2. explizit dargestellt.

¹⁴⁰ Untersuchungen zur Wirkung elterlicher Responsivität bei KRAUSE 1999, PETERANDER 1992

und die direkten und indirekten Botschaften verbal vermittelter Äußerungen¹⁴¹ zu realisieren, sind ergänzende Maßnahmen zur Stabilisierung des Kindes.

Gleichzeitig gewährt die Beobachtung konfliktgeladener Situationen innerhalb der Therapie, Parallelen zu vergleichbaren Ereignissen im häuslichen Alltag aufzuzeigen, Ursache-Wirkungszusammenhänge zu analysieren und Lösungswege zu erarbeiten bzw. in der therapeutischen Interaktion zu veranschaulichen. Der lösungsorientierte Umgang mit Konflikten unter Beobachtung der Eltern erfordert vom Therapeuten ein hohes Maß an Selbstreflexion und kritischer Distanz, um der Gefahr vorzubeugen, gegenüber den Eltern als die bessere Mutter/der bessere Vater aufzutreten.

Neben der kindbezogenen Beratung dienen die Gespräche dazu, den Eltern die Intention und die Methode des therapeutischen Vorgehens transparent zu machen und Irritationen zu vermeiden. Dies betrifft insbesondere das für diese Phase typische Eingehen und Wiederholen gewohnter Spielsequenzen, was für manche Eltern eher Stagnation als Entwicklung bedeutet. Der Appell an ihr Verständnis für das anfängliche Verhaften in vertrauten Mustern ist gekoppelt mit der Aufforderung, Vertrauen in die Selbstentwicklungskräfte des Kindes zu setzen.

Die **Auseinandersetzungs- und Erweiterungsphase** sind durch einschneidende Veränderung im Handlungs- und Verhaltensrepertoire des Kindes geprägt. Die begleitende Elternarbeit besteht vornehmlich darin, die kindlichen Entwicklungsprozesse zu reflektieren und die daraus resultierenden Einflüsse auf das (Erziehungs-) Verhalten aufzuarbeiten. Die Erweiterung des Handlungsspielraumes verlangt von den Eltern möglicherweise die Rücknahme von gewohnten, protektiven Verhaltensmechanismen und das Akzeptieren einer größeren Eigenständigkeit ihres Kindes. Die Konfrontation mit neuen Anforderungen und Wünschen impliziert auch für die Eltern und die Geschwister, sich einer Modifikation familiärer Strukturen zu stellen. Inwieweit diese Veränderungen gewünscht sind und angenommen werden können, hängt in erster Linie von den Ideen und Wertvorstellungen der Eltern ab. Passt der Wandel des Kindes nicht in die Konzeptannahmen der Familie, was z.B. bei der Aufnahme einer Therapie auf Druck von anderen Institutionen eintreten kann, so sind familiäre Konflikte für das Kind und Krisen im therapeutischen Verlauf die Folge. Die Erweiterung des therapeutischen Settings durch den Übergang in eine Kleingruppe ist auch für die Eltern mit Neuerungen verbunden. Auch sie müssen sich die Zuwendung und Aufmerksamkeit des Therapeuten mit anderen Personen teilen und unter Umständen neue Formen des Austausches zulassen. Parallel dazu treten sie in Kontakt mit den Bezugspersonen

¹⁴¹ Siehe dazu auch Kapitel 6.2.4.3.

sonen der anderen Gruppenmitglieder. Die gegenseitige Vorstellung der Eltern als auch die Gelegenheit, sich näher kennenzulernen, sollte vom Therapeuten behutsam angebahnt werden. Ein positiver Kontakt der Eltern untereinander kann im Sinne protektiver Maßnahmen für den weiteren Verlauf der Therapie hilfreich sein. Gemeinsame Gespräche in der Wartezeit bieten sich an, um sich über (vergleichbare) Probleme und Sorgen, aber auch Hinweise auf bekannte ergänzende Unterstützungen (Hausaufgabenbetreuung, Schulversorgung, Freizeitangebote) auszutauschen. Eine gut kooperierende "Elterngruppe" bietet gegenseitige Unterstützung bei der Bewältigung kritischer Ereignisse und begünstigt die Effektivität der therapeutischen Intervention¹⁴².

Wird die kindliche Entwicklung im familiären Rahmen getragen und gefördert, ist es in einem zweiten Schritt notwendig, eine Vernetzung auf der Mesoebene zu erzielen. Die veränderte Selbstwahrnehmung und größere Handlungskompetenz des Kindes sollte nicht auf die Familie und die Therapie beschränkt bleiben, sondern durch positive Erfahrungen in anderen Wachstumsfeldern untermauert werden. Im Sozialisationsfeld Kindergarten geht es einerseits um Veränderung von Bildern, die von einem Kind vorliegen, so dass auch auf Seiten der Erzieherinnen modifizierte Zugangsweisen möglich werden, andererseits um die Reflexion über sich ändernde Stellungen des Kindes innerhalb der Gruppe. Der Schwerpunkt der Elternbegleitung in der **Übertragungsphase** liegt in der Beratung und Unterstützung bei der Auswahl adäquater Freizeitangebote, die den Stärken und Interessen des Kindes gerecht werden und neue Erfahrungsbereiche erschließen. Kontakte zu Vereinen, Verbänden und privaten Organisationen sowie Informationsbroschüren über die Art des Angebotes unterstützen die Auswahl und Entscheidung. In Einzelfällen kann auch die direkte Kontaktaufnahme des Therapeuten mit dem pädagogischen Leiter der jeweiligen Gruppe sinnvoll sein, um die notwendigen Rahmenbedingungen abzuklären. Generell sollte die Anbahnung des Freizeitangebotes jedoch über die Eltern laufen, um die Ablösung von der Therapiebedürftigkeit hin zu einer Integration in "Regelgruppen" auch für die Kinder zu verdeutlichen.

Die Planung und Organisation weiterführender bewegungsorientierter Maßnahmen bildet einen wesentlichen Aspekt der begleitenden Elternarbeit in der **Abschlussphase**. Die Reflexion über die Veränderungen in der zurückliegenden Therapiephase im Abschlussgespräch mündet in der gemeinsamen Entscheidung, die intendierten Ziele erreicht zu haben,

¹⁴² Die "natürliche", therapeutisch nicht gelenkte gegenseitige Anteilnahme und der gemeinsame Kontext der Elterngruppe entspricht den Voraussetzungen eines *Natural-Caregiving-Systems* (DANISH/D'AUGELLI 1995, 164), das zur Unterstützung bei der Bewältigung kritischer Lebenssituationen eingesetzt wird.

so dass das Kind die weiteren Entwicklungsschritte ohne therapeutische Begleitung bewältigen kann. Für die Eltern bleiben mitunter Fragen zum weiteren Verlauf bzw. zu sinnvollen und notwendigen Vorkehrungen im Bereich pädagogischer Angebote (Musikschule, Pfadfinder, Kirchengemeinde, Schwimmvereine), die den positiven Entwicklungsverlauf stützen und dem Kind neue Perspektiven erschließen.

In Einzelfällen kann es darüber hinaus nützlich sein, außerfamiliäre protektive Maßnahmen zu installieren. Im Kinderneurologischen Zentrum kann der dazugehörige Sozialdienst jederzeit einbezogen werden, um profunde Informationen zu Hilfestellungen, die von der sozialpädagogischen Familienhilfe bis hin zur Hausaufgaben- und Hortbetreuung reichen zu vermitteln und auf einer anderen Ebene die Begleitung der Familie fortzusetzen.

Bei Bedarf kann mit den Eltern ein Kontrolltermin zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart werden, um die Anbindung ans Haus zu erhalten und ihnen in Krisensituationen eine Anlaufstelle zu bieten.

9.1.2. Formen der Elternarbeit

Die Elternbegleitung erfolgt vorwiegend in Form von Gesprächen, die je nach Intention unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte haben. Man unterscheidet zwischen:

- ◆ dem *diagnostischen Gespräch*, bei dem die Aufklärung von Defiziten und Ressourcen des Kindes im Vordergrund steht
- ◆ dem *berichtendne Gespräch*, in dem Beobachtungen aus der Therapie mitgeteilt und Transfermöglichkeiten in den Alltag angeregt werden sowie
- ◆ dem *beratenden Gespräch*, das der Unterstützung und Absicherung der therapeutischen Intervention dient und konkrete Fragestellungen der Eltern aufgreift und zu klären versucht.

Alle drei Gesprächsformen stehen in direktem Zusammenhang mit der Therapie des Kindes. Für weiterführende Themen, wie z.B. die Analyse der Paarebene oder die Aufarbeitung der individuellen Lebens- und Bewältigungsgeschichte eines Elternteils muss auf die entsprechenden Fachleute (Gesprächs- oder Familientherapeuten) verwiesen werden, da ansonsten der Rahmen der begleitenden Elternarbeit gesprengt würde bzw. diese Anforderungen die Kompetenz des Therapeuten überschreiten.

Grundsätzlich erfordert die begleitende Elternarbeit aber die kritische Reflexion des Therapeuten über die sehr unterschiedlichen Voraussetzungen und Erwartungen mit denen

beide Gesprächspartner in die Zusammenkunft kommen. Für den Therapeuten ist die Beratung ein Bestandteil seiner beruflichen Arbeit, während sie für die Eltern in den alltäglichen Lebensprozess eingreift und das Familienleben tangiert. Dadurch unterliegt der Therapeut anderen Einflüssen als die Eltern. Die Einbindung in den beruflichen Kontext aktualisiert Themen, die das Arbeitsverhältnis und die berufliche Ausbildung und Entwicklung betreffen, während für die Eltern primär familiendynamische und persönliche Inhalte relevant sind.

Neben den differierenden Kontextebenen bestimmt der äußere Rahmen des Gesprächs den Verlauf, die Themenwahl und die Tiefe der Besprechung bzw. Beratung.

Die sogenannten *Tür- und Angelgespräche*, die in der Hol- und Bringephase liegen, helfen einen guten Kontakt und eine offene, angenehme Atmosphäre herzustellen sowie zugleich wichtige Kurzinformationen auszutauschen. Die Rückmeldung der Eltern über einschneidende Veränderungen in anderen Lebensbereichen oder der Hinweis auf Wendepunkte in der Therapie machen dann ein weiterführendes *terminiertes Gespräch* erforderlich, das neben den regelmäßigen Kontakten (ca. alle 4 - 6 Monate) angeboten wird. Das Einzelgespräch zwischen den Eltern und dem Therapeuten dient dem gegenseitigen Informationsaustausch, bei dem auf die individuelle Problematik eingegangen und gezielt fachlich beraten wird. Kritisch werden die Unterredungen wenn die Vertrauensbasis zwischen den Partnern nicht gewährleistet ist oder der Therapeut sich durch die psychische Belastung der Eltern überfordert fühlt. In diesem Fall aber auch grundsätzlich in der therapeutischen Arbeit ist eine fachliche Supervision des Therapeuten für einen professionellen Umgang mit den Klienten notwendig.

Besteht ein guter Kontakt zu den Eltern und ist dieser von gegenseitigem Vertrauen und Wertschätzung geprägt, sind *Beobachtungssequenzen* der *Eltern-Kind-*, aber auch *Therapeut-Kind-Interaktion* ein geeignetes Angebot, konkrete Interventionen anzuregen. Die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion kann dysfunktionale Verhaltens- und Reaktionsmuster aufdecken und Anregungen für eine kindorientierte, responsive Umgangsform ermöglichen. Andererseits kann die Beobachtung des therapeutischen Beziehungsgefüges durch die Eltern eine selbstreflexive Bewertung eigener Verhaltensmuster in vergleichbaren Situationen initiieren und Auslöser für Modifikationen im Umgang mit dem Kind sein. Unabhängig von der Intention und der Art der Beratung sind positive Wertschätzung, Akzeptanz und Echtheit die Basis für einen vertrauensvollen Kontakt und Austausch zwischen Therapeut und Eltern, der eine intensive und kooperative Zusammenarbeit zum

Wohle des Kindes erst ermöglicht.

9.1.2. Einbeziehung der Geschwister

Die Geschwister der Therapiekinder sind einerseits als Familienmitglieder von den Problemen aber auch Entwicklungsfortschritten des Kindes direkt betroffen, andererseits stellen sie im Sinne der Ressourcenaktivierung einen wichtigen Partner dar, der in die therapeutische Intervention integriert werden kann. Inwieweit eine Einbindung der Geschwister sinnvoll erscheint, hängt neben dem Alter der Kinder vom Altersabstand und der Beziehung zwischen den Geschwistern sowie der Bereitschaft der Eltern zur übergreifenden Zusammenarbeit ab.

Die Grundlage für eine Integration der Geschwister in den Therapieprozess ist eine differenzierte Beobachtung gemeinsamer Aktivitäten, die Aufschluss geben über das Beziehungsgefüge und die vorherrschenden Verhaltensmuster, aus denen sich Interventionsansätze ableiten lassen.

Ich selber stehe noch am Anfang einer konzeptuellen Theorie der Arbeit mit Geschwistern zur Aktivierung vorhandener Ressourcen im familiären Umfeld. Aus diesem Grunde möchte ich die bislang gesammelten Erfahrungen der Geschwisterarbeit im Rahmen der psychomotorischen Entwicklungstherapie an Hand von zwei Fallbeispielen verdeutlichen.

Fallbeispiel

Dennis wurde uns im Alter von 5;3 Jahren mit verzögerter Sprachentwicklung und vollständiger Verweigerung jeglicher Aktivitäten zu Hause und im Kindergarten bei Abwesenheit seines eineinhalb Jahre älteren Bruders Andreas vorgestellt.

Nach anfänglichem völligem Rückzug unter einen Tisch, traute sich Dennis in den zwei folgenden Therapiestunden an wenige, ihm vertraute Spielmaterialien heran. Anregungen oder Aufforderungen meinerseits lehnte er grundsätzlich ab.

In der vierten mit seinem Bruder stattfindenden Stunde zeigte sich Dennis von einer anderen Seite. Er ging aufgeschlossener auf die angebotenen Materialien zu, präsentierte sie seinem Bruder und ließ sich auf dessen Explorationsideen ein. Die Spielanregungen waren sehr präzise formuliert und enthielten konkrete Handlungsanweisungen, an die Dennis sich auch genau hielt. Die Spielformen wirkten sehr genau auf die Fähigkeiten des jüngeren Bruders abgestimmt und Andreas griff helfend ein, wenn ein Mißerfolg drohte. Zudem fungierte Andreas als Übersetzer für Dennis, der aufgrund einer ausgeprägten Dyslalie

sowohl für seine Umwelt als auch für seine Mutter oftmals schwer zu verstehen war. Der Stundenverlauf vermittelte den Eindruck, dass Andreas Dennis einerseits emotionale Sicherheit bot, indem er ihm gezielte Handlungsanweisungen gab und vor körperlichen und emotionalen Gefahren beschützte und andererseits den Kontakt zu seiner Umwelt aufrechterhielt. Die Abwesenheit des Bruders zu Hause und im Kindergarten bedingt durch seine Einschulung, nahm Dennis Anregungen und Planungsmöglichkeiten für die handelnde Auseinandersetzung mit seiner dinglichen Umwelt und zugleich die Sicherheit eines vertrauten, beschützenden Spiel- und Kommunikationspartners. Die auf der einen Seite sehr positiv zu bewertende enge Beziehung zwischen den beiden Brüdern hatte auf der anderen Seite für Dennis zu einer immensen Abhängigkeit geführt, die ihn im Alltag handlungsunfähig machte.

Für den therapeutischen Prozess resultierten aus den Beobachtungen folgende Konsequenzen. Andreas nahm in den darauffolgenden Stunden an den Therapiestunden teil, um Dennis die Gewöhnung an die Umgebung zu erleichtern und den Kontakt zu mir durch gemeinsame Aktionen aufzubauen. In einer zweiten Phase zog sich Andreas zunehmend aus den Spielen heraus und ich regte die Bereiche an, an denen Dennis Interesse zeigte bzw. aus denen er eigene Spielideen entwickelte. Die Betonung eigener Ideen und Hobbys wurde auch im häuslichen Rahmen fortgesetzt, was von den Eltern ein vermehrtes Engagement forderte, die bislang Dennis durch Andreas gut beschäftigt wußten. Gemeinsam mit seinem Vater widmete sich Dennis handwerklichen Tätigkeiten, an denen er viel Spaß hatte und auch viele Erfolge erlebte. Die zunehmende Eigenständigkeit, die mit einer Erweiterung der Planungs- und Handlungskompetenzen und einem steigenden Selbstvertrauen gekoppelt war, ermöglichte Dennis die Öffnung nach Außen und die handelnde Auseinandersetzung mit seiner Umwelt. Im therapeutischen Setting kam Dennis in eine Vierergruppe, in die er sich gut integrieren konnte. Auch im Freizeitbereich hatte er sich nach und nach einen eigenen Spielkreis aufgebaut und von seinem Bruder gelöst. Für Andreas öffnete diese Veränderung die Möglichkeit sich auch vermehrt seinen eigenen Interessen zuzuwenden, andererseits musste er auch sein (Hilfe-) Verhalten gegenüber seinem Bruder verändern und die zunehmende Selbständigkeit von Dennis akzeptieren lernen.

Die Einbindung des Geschwisters in die konkrete Therapiesituation ist dagegen kontraindiziert, wenn dadurch der Handlungsspielraum des Therapiekindes eingeschränkt wird oder der Konkurrenzdruck zu groß ist. In diesem Fall erfolgt die Geschwisterarbeit in Form be-

gleitender Beratung der Eltern bzw. durch den Aufbau von Handlungsstrategien beim Kind wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

Fallbeispiel

Der 6-jährige Thomas wurde uns wegen motorischer Probleme und Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten (Rückzug bei Anforderungen, wenig Sozialkontakte) vorgestellt. Aus organisatorischen Gründen kam der zwei Jahre ältere Bruder Sven erst nach einer längeren Phase der Einzeltherapie hinzu, in der Thomas sich bereits sein "Reich" im Therapieraum erobert hatte. Die gemeinsame Stunde war dadurch geprägt, dass Sven die ungewohnte Eigenständigkeit und Kreativität seines Bruders kaum akzeptieren konnte und die von ihm initiierten Spiele permanent unterbrach und selber den Handlungsverlauf bestimmen wollte. Als ich der Mutter meine Beobachtungen mitteilte, fühlte sie sich verpflichtet, Sven zu verteidigen, da er ja von Thomas lange Zeit in diese helfende und bestimmende Rolle gedrängt worden sei und sie natürlich jetzt auch nicht freiwillig aufgeben wollte, da er dadurch positive Rückmeldung von den Eltern erfahren hatte und seine Rolle als älterer Bruder bestätigt sah. Für die weitere Intervention ergaben sich daraus zwei Schwerpunkte: einerseits die Fortsetzung der Einzeltherapie ohne Sven, um Thomas vielfältige Handlungsmöglichkeiten zu erschließen und seine Selbstständigkeit zu unterstützen. Andererseits mit den Eltern die Probleme fehlender Entfaltungsmöglichkeiten von Thomas durch die Dominanz des älteren Bruders anzusprechen und ihnen zugleich Anregungen zu bieten, die natürliche Geschwisterhierarchie z.B. durch altersentsprechende Aufgaben und Rechte zu bestätigen, ohne dass dies zu Einschränkungen des jeweils anderen Geschwisters führt.

Als Resümee aus den ersten Ansätzen der Integration von Geschwistern in die therapeutische Arbeit bleibt festzuhalten, dass die Beobachtung der Interaktion zwischen den Geschwistern aufschlussreiche Hinweise auf die Entstehung von Beziehungs- und Verhaltensmustern gibt, die das betreffende Kind im therapeutischen Setting zeigt. Die Analyse dieser Muster kann einerseits als Grundlage dazu dienen, die Eltern im Umgang mit ihren Kindern zu beraten und andererseits gemeinsam mit den Kindern neue Verhaltensstrategien zu entwickeln und auszuprobieren. Dazu gehören neben der Unterstützung der Selbstständigkeitsentwicklung des Therapiekindes auch das Aufzeigen alternativer Handlungs- und Verhaltensspielräume für das Geschwisterkind, welche durch die Veränderungsprozesse innerhalb des Familiensystems notwendig werden.

9.2. Begleitende Beratung von Kindergärten

Die psychomotorische Entwicklungstherapie geht über die Arbeit mit dem Kind und seiner Familie hinaus und bezieht die übrigen beteiligten Institutionen in das praktische Vorgehen mit ein. Die Zielgruppe der vorliegenden Arbeit sind Kinder im Vorschulalter, daher wird im Folgenden schwerpunktmäßig die Zusammenarbeit mit den Kindergärten betrachtet. Gleichwohl ist auch die Schulversorgung ein inhärentes Thema, da sowohl pädagogische wie therapeutische Fachkräfte beim Übergang vom Elementar- in den Primarbereich beratend und begleitend gefordert sind.

Die Kooperation aller Mikrosysteme erfolgt in erster Linie aus systemischen Gesichtspunkten, da Auffälligkeiten beim Kind ihre Ursache in verschiedenen Faktoren des Systems haben können und zugleich Verhaltensänderungen des Kindes nicht ohne Einfluss auf das entsprechende System bleiben. Zudem sind Kindergärten oftmals die Bereiche, in denen das Kind erstmals auffällig wird und welche die Vorstellung des Kindes in einer entsprechenden Facheinrichtung anregen, mit der Intention dem Kind zu helfen und zugleich Entlastung im Kindergartenalltag zu erhalten. Der Wunsch nach fachlicher Unterstützung bezieht sich auf mögliche Veränderungen beim Kind, Hinweise auf Umgangsmöglichkeiten mit dem Kind innerhalb der Einrichtung oder in einzelnen Fällen auf die Umsetzung des Kindes in eine sonderpädagogische Institution. Die Konfrontation des Therapeuten mit den Erwartungen der pädagogischen Fachkräfte steht oftmals im Spannungsfeld zu den Erwartungen der Eltern und bedarf klärender Gespräche über die Art und das Ausmaß der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Parteien, um so unterschiedliche oder widersprüchliche Zielsetzungen und Vorgehensweisen für das Kind zu vermeiden.

Ausgehend vom Einverständnis der Eltern, im Kindergarten beratend tätig zu werden, gliedert sich die Kooperationsarbeit in vier Handlungsschritte:

- ◆ Hospitation in der Einrichtung
- ◆ Beratungsgespräch mit den pädagogischen Fachkräften
- ◆ Rückmeldung an die Eltern
- ◆ Hospitation der Erzieherinnen in der therapeutischen Einrichtung

Der Kontaktaufnahme im therapeutischen Setting ist ein Bericht des Kindergartens über das betreffende Kind in der Diagnostikphase vorausgegangen. Der Motologin liegen vorab schriftliche Informationen über die Einschätzung des Kindes seitens der Erzieherinnen vor

sowie die Bewertung der Eltern über Art und Umfang der kindlichen Probleme im Kindergarten, Hinweise auf auslösende Faktoren, die im Kindergarten gesehen werden sowie Eindrücke über die Offenheit und Bereitschaft einer Kooperation zwischen den beteiligten Parteien.

9.2.1. Hospitation in der Einrichtung

Den Einstieg in die beratende Tätigkeit bildet die Hospitation des Motologen in der Kindergartengruppe des betreffenden Kindes. In einem (telefonischen) Vorgespräch mit der Gruppen- und Kindergartenleitung sollten die folgenden Aspekte geklärt werden. Welcher *zeitliche Rahmen* wird von beiden Seiten gewünscht beziehungsweise ist im Kindergartenalltag zu realisieren (2 Stunden/der gesamte Vormittag). Welche *Angebote* und *spezifischen Gruppensituationen* werden von der Erzieherin gestaltet, so dass das Kind in verschiedenen Handlungs- und Gruppensituationen beobachtet werden kann, die im Alltag Konfliktpotential beinhalten (Stuhlkreis, spezifische Anforderungen). Welche *Rolle* und Aufgaben übernimmt der Motologe während der Hospitation (reine Beobachtung, aktive Teilnahme am Gruppengeschehen)? Besteht im Anschluss die Möglichkeit in Ruhe ein *Gespräch* mit den Erzieherinnen, der Leitung zu führen?

Der Zweck der Hospitation ist es, einen Eindruck zu gewinnen

- ◆ vom Kind in einem anderen Wachstumsfeld
- ◆ von den auftretenden Problemen
- ◆ von der pädagogischen Gestaltung und
- ◆ von der räumlichen, personellen, materiellen und strukturellen Gesamtsituation im Kindergarten.

Aus diesen Beobachtungen, den erhobenen Befunden aus der Diagnostikphase sowie den Ansätzen aus der Indikationsplanungsphase werden Hypothesen gebildet über Änderungsmöglichkeiten und -ansätze im Rahmen des Kindergartens, welche die Grundlage für das gemeinsame Gespräch zwischen Motologe und pädagogischer Fachkraft bilden.

9.2.2. Beratungsgespräch mit den pädagogischen Fachkräften

Das Beratungsgespräch mit den pädagogischen Fachkräften ist das zentrale Element einer übergreifenden Arbeit zwischen den einzelnen Mikrosystemen eines Kindes, da die Gruppenleiterin das Kind in unterschiedlichen Situationen während des Kindergartenbesuches erlebt und bei ihr Informationen aus verschiedenen Lebensbereichen zusammenlaufen. Die

Intention und die thematische Gestaltung des Gesprächs sowie die Effektivität derartiger Besprechungen im Sinne eines Aufbaus von Schutzfaktoren für das Kind werden von verschiedenen Rahmenbedingungen geprägt. Grundlegende Voraussetzung für eine kooperierende Zusammenarbeit ist die Bereitschaft zur Reflexion über das eigene Handeln sowie die Offenheit zur Veränderung oder Weiterentwicklung bestehender pädagogischer Konzepte. Darüber hinaus bestimmen die Arbeitsbedingungen der pädagogischen Fachkraft wie Zeit für reflektierende Gespräche und fachliche wie persönliche Unterstützung durch das Team die Möglichkeiten und Wirksamkeit der Beratungstätigkeit. Unter diesen Voraussetzungen können im Gespräch folgende Themen behandelt werden:

- ◆ das betreffende Kind, seine Entwicklung und Situation innerhalb der Gruppe
- ◆ die Vermittlung der psychomotorischen Befunde und Förderansätze (mit Einverständnis der Eltern) sowie
- ◆ die Ausarbeitung konkreter Hilfestellungen für den pädagogischen Alltag anhand der Situationsanalyse.

Der erste Themenkomplex behandelt hauptsächlich den Austausch über die Eindrücke vom Kind innerhalb dieses Bezugssystems. Für den Motologen bedeutet dies, seine in der Einzelsituation und aus den Elterngesprächen gewonnenen Vorstellungen mit den konkreten Beobachtungen abzugleichen, Hypothesen bestätigt zu bekommen oder Diskrepanzen aufarbeiten zu müssen. Dem Pädagogen bietet sich hingegen die Möglichkeit aus der Perspektive eines Dritten das Kind in seinem Umfeld zu sehen.

In einem zweiten Schritt ist es sinnvoll, die psychomotorischen Befunde, die geplanten Interventionsmaßnahmen sowie die intendierten Therapieziele mitzuteilen. Wie differenziert und umfassend diese Befundvermittlung erfolgt, hängt einerseits vom Einverständnis der Eltern ab, welche Daten und Auskünfte an den Kindergarten weitergeleitet werden und andererseits von der Einschätzung des Motologen, welche Informationen für die pädagogischen Fachkräfte relevant sind. Die Darlegung der therapeutischen Arbeitshypothesen eröffnet den Pädagogen die Möglichkeit, abweichendes Verhalten in einem anderen Begründungszusammenhang zu betrachten, auslösende Faktoren zu analysieren und gemeinsam konkrete Hilfestellungen für die pädagogische Praxis abzuleiten.

Die unterstützenden Maßnahmen beziehen sich auf drei Schwerpunkte, die in der Praxis ineinandergreifen und zwar auf konkrete Hilfen für das einzelne *Kind*, unterstützende Anregungen für die *Bezugsperson* sowie Vorschläge für die *pädagogische Gestaltung* des Alltags (vgl. Arbeitskreis Fachberatung 1992).

9.2.2.1. Die kindbezogene Beratung

Im Mittelpunkt steht das einzelne Kind, wie es sich in seinen Lebensbezügen den beteiligten Pädagogen und Therapeuten darstellt. Die medizinische, psychologische und motologische Diagnostik hat ein differenziertes Bild über den Entwicklungsstand des Kindes vermittelt, das Informationen sowohl über die vorhandenen Kompetenzen, Stärken und Interessen enthält als auch über Grenzen und Probleme in Teilbereichen. Die Berücksichtigung der individuellen Belange und Handlungsmöglichkeiten des Kindes bildet den Kernpunkt stützender Maßnahmen des begleitenden pädagogischen Umfeldes.

Die Anregungen zur Unterstützung des Kindes orientieren sich an den im Störungskonzept entwickelten kritischen Momenten der Steuerung kindlichen Verhaltens. Bezogen auf das vorliegende Störungskonzept werden insbesondere Empfehlungen für die drei Bereiche Aufforderungsgehalt einer Situation, Handlungsausführung und Bewertung formuliert.

Aufforderungsgehalt einer Situation

Die Auswahl und Art der Präsentation von Spiel- und Bewegungsaufgaben orientiert sich an den Erfahrungen und Verarbeitungsprozessen des Kindes. Bevorzugt werden Angebote, die für das Kind bekannte, möglichst positiv besetzte Elemente in Verbindung mit neuen Strukturen enthalten. Die Hinweisreize (der Raum, das Material, die Raumgestaltung) dürfen nur eine geringfügige Abweichung zu dem darstellen, was das Kind normalerweise in der Situation erwartet. Zugleich sollte die Aufgabe sinnvoll und interessant sein und Möglichkeiten der weiteren Ausführung, Verwandlung und Bearbeitung bieten, die mit mittlerer Anstrengung bewältigt werden kann. Die individuellen Lernstrategien des Kindes geben Anhaltspunkte für notwendige Hilfen in Form verbaler, visueller oder modellhafter Anregungen, die den Situationsvergleich und die Bewertung erleichtern. So können bedrohlich erscheinende Anforderungen dadurch "entschärft" werden, dass neue Aufgaben durch Vergleiche mit ähnlichen, bereits bewältigten Anforderungen veranschaulicht werden oder Partnerarbeit als Lösungsweg angeboten wird, welche eine Orientierung an den Handlungsmöglichkeiten des Partners erlaubt.

Handlungsausführung

Bei der Gestaltung von (Bewegungs-) Aufgaben können Hinweise auf handlungsrelevante Faktoren sowie Vergleiche mit bekannten Strukturen die Auswahl individueller Lösungsstrategien erleichtern. Die Aufgaben sollten so gestaltet sein, dass das Ziel vorgegeben, der Weg dorthin jedoch Variationen und Differenzierungen ermöglicht, die den individuellen Kompetenzen der Kinder gerecht werden. Das Anspruchsniveau des Kindes ist zu beachten

und bei Unter- bzw. Überforderung entsprechend zu modifizieren. Diese auf die individuellen Strukturen der einzelnen Kinder ausgerichteten Maßnahmen setzen auf Seiten der pädagogischen Fachkräfte eine gezielte und differenzierte Beobachtung voraus, die oftmals erst erlernt werden muss. Zur Unterstützung der Erzieherinnen kann im Beratungsgespräch gemeinsam ein Beobachtungsraster¹⁴³ entwickelt werden, das wesentliche Beobachtungskriterien als Orientierungshilfe enthält.

Bewertung

In Bezug auf selbstunsichere Kinder sollten Aufgaben, die einen sozialen Vergleich fordern möglichst vermieden werden. Statt dessen werden die Kompetenzen des Einzelnen betrachtet, indem die individuelle Bezugsnorm betont und individuelle Leistungssteigerungen hervorgehoben werden. Insbesondere der Faktor Anstrengung sollte bei der Bewertung erfolgreicher Handlungen unterstrichen werden. Auf dieser Ebene sind auch verbale Bestärkungen für erbrachte Leistungen angesiedelt, die differenziert eingesetzt¹⁴⁴, einer Förderung der Ursachenzuschreibung und Entwicklung einer realistischen und positiven Selbsteinschätzung dienen. Erst das Wissen um mögliche Ursachen für verweigerndes und restriktives Verhalten ermöglicht den pädagogischen Fachkräften eine Varianz im Umgang mit dem jeweiligen Kind.

9.2.2.2. Die Bezugspersonenberatung

Die gezielte Beratung der pädagogischen Fachkräfte ist insbesondere dann notwendig, " ... wenn sich Bezugspersonen eines Kindes am Ende ihrer eigenen Erklärungs- und Bewältigungsmöglichkeiten glauben" (SPECHT 1990, 348).

Bei der Beratung der Bezugspersonen steht weitgehend die Beziehungs- und Handlungsebene zwischen dem Kind und der betreffenden Fachkraft im Vordergrund. Die Themen, die auf dieser Ebene angesprochen werden, setzen die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zum kritischen Umgang mit der eigenen Rolle als Erzieherin voraus. Relevante Aspekte sind Fragen nach der eigenen Einstellung zum Kind, den Erwartungen an das Kind aber auch Überlegungen zum vorhandenen Menschenbild und den inhärenten Entwicklungs- und Erziehungszielen. Als Leitfaden für ein Gespräch unter diesen Gesichtspunkten bietet sich der Fragenkatalog zur Selbstreflexion von KRUS/SALIS 2000¹⁴⁵ an.

Auf dem Hintergrundwissen über Ursache-Wirkungszusammenhänge kindlicher Verhal-

¹⁴³ Anregungen bietet der Beobachtungsbogen von KRUS/SALIS 2000

¹⁴⁴ Zum differenzierten Einsatz von Lob und Tadel siehe auch Kapitel 6.2.4.3.

¹⁴⁵ Fragen zur Selbstreflexion im Anhang

tenssteuerung sollten Äußerungen und Handlungsweisen des Kindes innerhalb des Kindergartenalltags kritisch betrachtet und neu bewertet werden. Eine veränderte Sichtweise und im Idealfall größeres Verständnis für die kindlichen Verhaltensweisen eröffnen neue Wege der Interaktion und Kommunikation zwischen dem Kind und der Bezugsperson.

9.2.2.3. Die Beratung zur pädagogischen Gestaltung

Die Beratung zur pädagogischen Gestaltung beinhaltet eine Offenlegung des pädagogischen Konzeptes der betreffenden Einrichtung sowie der Strukturen der jeweiligen Gruppe. Die Betrachtung inwieweit das vorliegende pädagogische Konzept für das jeweilige Kind passend ist, geht in zwei Richtungen. Entweder kann es zu der Konsequenz führen, dass eine Herausnahme des Kindes unumgänglich ist oder es wird konstruktiv überlegt, welche Veränderungen vorgenommen werden können, um die Belange des einzelnen, insbesondere des entwicklungsauffälligen Kindes besser berücksichtigen zu können. Neben der Auseinandersetzung um pädagogische Leitgedanken stehen auch die räumlichen, materiellen und personellen Bedingungen zur Diskussion. Grundsätzlich müssen die Überlegungen in die Richtung gehen, inwieweit konkrete stützende Maßnahmen für einzelne Kinder innerhalb der Gesamtgruppe umgesetzt werden können. Dabei sind prinzipielle Anregungen wie zum Beispiel vermehrte Einbindung offener Bewegungsangebote in den Alltag¹⁴⁶, die für alle Kinder relevant sind von spezifischen pädagogischen Eingriffen wie bei der Reflexion individueller Bewertungsmuster zu unterscheiden. Oftmals wird von den Erzieherinnen im Anschluss an eine klientenzentrierte Beratung der Wunsch nach kindergarteninterner und -übergreifender Fortbildung geäußert. Für den Motologen besteht aufgrund seiner Ausbildung die Möglichkeit, derartige Maßnahmen innerhalb der Einrichtung anzubieten oder durch Hinweise auf professionelle Institute Kontakte anzubahnen.

Diesen Beratungsansätzen liegt der Gedanke zugrunde, die in der Therapie initiierten veränderten Erlebens- und Verarbeitungsprozesse beim Kind auch im pädagogischen Umfeld weiter anzuregen, so dass es dem Kind durch neue, positive Erfahrungen gelingt, mehr Vertrauen in die eigenen Kompetenzen zu erlangen und es aufgrund vorhandener Wirksamkeitserfahrungen die Bewältigung neuer (Entwicklungs-)Aufgaben als realisierbar erlebt.

¹⁴⁶ Die pädagogische wie die psychomotorische Fachliteratur enthält eine Fülle von Anregungen zu Förderung unterschiedlichster Kompetenzbereiche sowie zur Gestaltung von Bewegungssituationen im Vorschulalter.

Ziele und Inhalte der psychomotorischen Förderung werden transparent gemacht, um einen Austausch und eine inhaltliche Abstimmung zu ermöglichen. Diese Form der Beratung und Begleitung pädagogischer Fachkräfte, die eine weitgehend an der Entwicklung und Situation des einzelnen Kindes orientierte Förderung beinhaltet, führt gleichermaßen auch zu einer Stärkung und Kompetenzerweiterung der Erzieherinnen.

9.2.3. Rückmeldung an die Eltern

Im nächsten Schritt erfolgt eine Rückmeldung über die Hospitation und Beratung des pädagogischen Fachpersonals an die Eltern. Dies erfolgt auf dem Hintergrund, inwieweit die im Gespräch mit den Eltern entwickelten Hypothesen zur Rolle des Kindes im Kindergarten bestätigt worden sind und welche begleitenden Fördermaßnahmen realisierbar sind oder ob ein Wechsel des Kindergartens nicht - im ungünstigsten Fall - die bessere Lösung darstellt. Die Transparenz des erweiterten therapeutischen Handelns dient dazu, Verständnis für die Interessen aber auch Probleme der jeweils anderen mit dem Kind vertrauten Bezugsperson zu schaffen und zugleich deutlich zu machen, dass man in dem umrissenen Spannungsfeld eine neutrale Position vertritt und sich nicht triangulieren lässt.

9.2.4. Angebot der Hospitation für pädagogische Fachkräfte in der therapeutischen Einrichtung

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sollte nicht allein auf die Beobachtung und Beratung durch den Therapeuten reduziert bleiben, vielmehr kann durch Hospitation der Pädagogen in den Therapiestunden die Übertragung therapeutischer Effekte auf andere Lebensbereiche wirkungsvoller realisiert werden. Die gegenseitige Offenlegung der pädagogischen wie therapeutischen Arbeit führt zu einem regen Austausch zwischen beiden Berufsgruppen über die Leitgedanken und Ansätze der therapeutischen Konzeption und möglicher Abwandlungen für die pädagogische Gestaltung im Kindergarten. Das Erleben des Kindes in einem anderen Wirkungsfeld eröffnet neue Perspektiven für die Betrachtung kindlicher Verhaltensweisen sowie Möglichkeiten der Reflexion über die Zusammenhänge von situativen Bedingungen mit kindlichem Verhalten. Die Transparenz der therapeutischen Arbeit hat zudem stützende Wirkung für den pädagogischen Alltag, da die Fachkräfte erleben, dass unterstützende Maßnahmen für das betreffende Kind angeboten werden, jedoch zugleich deutlich wird, dass ein an der kindlichen Entwicklung und den Eigenaktivitäten des Kindes orientierter Förderprozess oftmals ein längerer Weg ist, der nur im Zusammenspiel

aller beteiligten Systeme und mit Geduld bewältigt werden kann. Darüber hinaus erweitert die Sachkenntnis therapeutischer Konzeptionen am konkreten Einzelfall die Kompetenzen der beteiligten pädagogischen Fachkräfte, die ihr Wissen und ihre Erfahrung in Zukunft für die Früherkennung und Unterstützung anderer in ihrer Entwicklung bedrohter Kinder einsetzen können. Eben diese Kompetenzerweiterung wird zunehmend notwendig, da immer mehr entwicklungsverzögerte Kinder in Regeleinrichtungen betreut werden und die pädagogischen Fachkräfte mit den damit verbundenen Aufgaben häufig überfordert sind, so dass eine sinnvolle Integration oftmals nicht gewährleistet ist.

9.2.5. Helferkonferenzen

Eine weitere Möglichkeit interdisziplinärer Kooperation stellen die sogenannten Kinder- oder Helferkonferenzen dar, die insbesondere bei komplexen Fällen eine Plattform bieten, die Arbeit unterschiedlicher Berufsgruppen zu koordinieren.

Helferkonferenzen haben die Funktion, eine Wiederholung dysfunktionaler Konfliktlöseschemata auf der Mesoebene zu erkennen, zu vermeiden und die Problemanteile der Institution von denen des Klienten und der Familie zu trennen. Die interdisziplinäre Kooperation verhindert eine Externalisierung z.B. ungelöster familiärer Konflikte auf das professionelle Umfeld, wo sie sich in ähnlicher Weise abbilden und die Zusammenarbeit erschweren.

Die zuvor ausgeführte, idealtypische Zusammenarbeit zwischen therapeutischen und pädagogischen Fachleuten am konkreten Einzelfall ist in ihrer Komplexität nicht immer umsetzbar und von verschiedenen Voraussetzungen abhängig. MAYR 1997 konnte in seinen Untersuchungen zu Dimensionen der Zusammenarbeit zwischen Pädagogisch-Psychologischem Fachdienst und Kindergärten anhand differenzierter Analysen aufzeigen, dass die Zufriedenheit der Erzieherinnen mit der Kooperation überwiegend durch die Momente *vertrauensvolle Beziehung auf persönlicher Ebene* und *gute sachbezogene Zusammenarbeit* erreicht wird. Die Variable persönliche Beziehung ist durch wechselseitiges Vertrauen, Respekt und gegenseitige Anerkennung gekennzeichnet, während die sachorientierte Zusammenarbeit das Ausmaß gegenseitiger Informiertheit, die Erarbeitung und Einhaltung konkreter Absprachen und die Übereinstimmung in den Konzepten erfasst. Obgleich die Grundlage dieser Untersuchung eine regelmäßige, wöchentliche Betreuung war, gilt auch für die eher punktuelle Beratung, dass eine echte inhaltliche Kooperation nur dann möglich ist, wenn grundlegende Bedingungen wie Wertschätzung und Respekt vor

der Arbeit des Partners als auch die inhaltliche Transparenz und Zugänglichkeit durch den Motologen gegeben sind.

Gleichermaßen muss auf Seiten der pädagogischen Fachkräfte Offenheit und Bereitschaft, sich mit der eigenen pädagogischen Arbeit kritisch auseinanderzusetzen und Anregungen oder Veränderungen zuzulassen, vorhanden sein. Ferner muss Unterstützung durch das gesamte Team und die Leitung gewährleistet sein, da die Beratungsgespräche Zeit fordern und Kolleginnen für diese Phase stellvertretend die Gruppe betreuen müssen. Räumliche Gegebenheiten wie ein separates, ruhiges Besprechungszimmer sind keine essentiellen Bedingungen, schaffen jedoch eine angenehme, kreative Arbeitsatmosphäre.

Die Häufigkeit, Kontinuität und inhaltliche Schwerpunktsetzung der Beratung variiert von Einrichtung zu Einrichtung. MAYR 1997 weist darauf hin, dass Kontinuität in der Zusammenarbeit ein wesentliches Kriterium für die Wirksamkeit der Kooperation darstellt. In meiner langjährigen Arbeit hat sich das folgende Procedere mit punktueller Beratung in der Einrichtung und anschließendem offenen Kontakt bewährt.

- ◆ Erste Kontaktaufnahme zum Kindergarten durch das Kinderneurologische Zentrum in Form einer Berichtsanforderung
- ◆ Telefonische Kontaktaufnahme des Motologen mit der (Gruppen-) Leitung zur Absprache über Wünsche der Zusammenarbeit auf beiden Seiten und Festlegung der Rahmenbedingungen für einen Hospitationsbesuch
- ◆ Hospitation und Beratung im Kindergarten
- ◆ Evtl. Hospitation der pädagogischen Fachkräfte im Kinderneurologischen Zentrum
- ◆ Regelmäßiger Austausch über Verläufe durch die Eltern und/oder
- ◆ Telefonische Rückmeldung mit den pädagogischen Fachkräften bei konkreten Fragestellungen
- ◆ Bei Bedarf zweiter Hospitations- und Beratungsbesuch

Diese Form der intensiven Zusammenarbeit zwischen Motologe und pädagogischer Einrichtung wird unter dem Druck der Finanzierbarkeit therapeutischer Leistungen zunehmend schwieriger. Jedoch deuten die theoretischen Konzepte zur Vernetzung stützender Maßnahmen auf die Notwendigkeit der Kooperation hin und viel eindrucksvoller bestätigen die Erfahrungen aus der klinischen Praxis die Bedeutung und Wirksamkeit derartiger Handlungsweisen für die Förderung des Kindes.

10. Methodisches Vorgehen

Die detaillierte Darstellung und Analyse der Umsetzung des therapeutischen Konzeptes in die praktische klinische Arbeit mit Kindern erfolgt unter der Prämisse, Verläufe und Prozesse so aufzuarbeiten, dass sie Grundlagen sowohl wissenschaftlicher wie klinischer Fragestellungen bilden.

Der therapeutische Zugang an sich wie die Dokumentation auffälliger und entwicklungshemmender Verhaltensweisen muss dabei zwei Aspekte berücksichtigen:

- ◆ für die Umwelt auffällige Verhaltensweisen sind für das Kind sinnvolle und notwendige Handlungsweisen, die aus der derzeitigen Lebenssituation und der individuellen Entwicklungsgeschichte resultieren
- ◆ der Einfluss der individuellen Lerngeschichte und der aktuellen Lebensbezüge auf die Verhaltenssteuerung verlangt die besondere Beachtung der Kontextvariablen, in denen das Verhalten auftritt.

Für die Entwicklung therapeutischer Konzepte bedeutet dies, dass die Entwicklungsgeschichte des Einzelnen im Vordergrund steht und jeder therapeutische Fall als „kreative Neukonstruktion“¹⁴⁷ verstanden wird.

Die Berücksichtigung der individuellen Fallgeschichte unter Beachtung kontextueller und prozessualer Zusammenhänge, erfordert die Darstellung des Einzelfalls, welcher der Komplexität und Individualität des therapeutischen Prozesses gerecht wird. Es geht nicht vorrangig um Verallgemeinerungen sondern vielmehr um die Beschreibung der Vielfalt, aus der sich allgemeine Prinzipien ableiten lassen. Die Präferenz gilt Forschungsansätzen, die für solche Entwicklungen und Prozesse sensibel sind.

In der Psychologie, Medizin und den Sozialwissenschaften werden verstärkt Einzelfallansätze mit der Intention eingesetzt,

- ◆ das individuelle Verhalten einer Person über einen bestimmten Zeitraum zu beobachten und zu beschreiben
- ◆ Bedingungsfaktoren der beobachteten Verhaltensweisen zu analysieren, um die zugrundeliegenden Prozesse differenziert zu erkennen
- ◆ qualitative Betrachtungen in den Vordergrund zu rücken und

¹⁴⁷ Siehe dazu Caspar 1996, 21f

- ◆ Effekte von therapeutischen Interventionen zu erfassen, um praktisches Handeln begründ- und legitimierbar zu machen¹⁴⁸.

Die Kritik und Diskussion um den Stellenwert der Einzelfallanalyse als methodischer Zugang in den Sozialwissenschaften, die Mitte der 70er Jahre einsetzte und von der klinischen Psychologie und Medizin übernommen wurde, bezog sich primär auf die Problematik der Versuchsplanung und statistischen Auswertung¹⁴⁹ und soll hier nicht weiter erörtert werden.

Die vielfältigen Bedingungsfaktoren therapeutischen Handelns transparent zu machen, Effektivität und Effizienz zu belegen und damit zugleich der Forderung nach einem Qualitätsstandard nachzukommen, setzt eine differenzierte und lückenlose Dokumentation des therapeutischen Verlaufs voraus. Im jungen Wissenschaftsbereich der Motologie sind Arbeiten zur Therapiedokumentation noch nicht zu finden, so dass auf Verfahren aus benachbarten Fachgebieten zurückgegriffen werden muss. Die Affinität zu den psychotherapeutischen Methoden bietet die Möglichkeit, Dokumentationssysteme aus diesem Bereich auszuwählen. Die Durchsicht der einschlägigen Fachliteratur¹⁵⁰ zeigt jedoch, dass es auch hier noch keine einheitlichen Systeme gibt, vielmehr eine Vielzahl zum Teil nicht publizierter Arbeiten existieren, die auf das jeweilige Fachgebiet (z.B. Suchtbereich/ Klinik) zugeschnitten sind. Die Forschungstätigkeit im psychotherapeutischen Bereich richtet sich jedoch zunehmend darauf aus, eine allgemeine Datenstruktur im Sinne einer Basisdokumentation zu installieren, die fach- und theorieübergreifend einsetzbar ist.¹⁵¹

LAIREITER et al.¹⁵² 1996 haben ein dem derzeitigen Forschungsstand angemessenes Schema zur Therapiedokumentation erstellt, das die Datengruppen

- ◆ Daten zu Therapiebeginn
- ◆ Daten zum Behandlungsverlauf
- ◆ Daten zum Therapieende sowie
- ◆ Katamnestiche Daten

umfasst und einen Rahmen bildet, der für die jeweilige therapeutische Richtung ausdifferenziert werden kann.

¹⁴⁸ PETERMANN/BOCHMANN 1995

¹⁴⁹ Näheres dazu PETERMANN 1996³

¹⁵⁰ Siehe dazu auch LAIREITER et al. 1996

¹⁵¹ Ebd., S. 327ff

¹⁵² Ebd., S. 318ff

In Anlehnung an dieses Dokumentationssystem bietet die folgende Struktur m.E. eine für die motologische Arbeit praktikable Strukturierungshilfe, die je nach Einsatzbereich in unterschiedlicher Gewichtung differenzierter ausgewertet werden kann

10.1. Dokumentation der psychomotorischen Entwicklungstherapie

Die Datenstruktur umfasst die für eine komplexe Falldokumentation erforderlichen Datensätze zu Beginn der Therapie, die Verlaufs- und Prozessdaten sowie Daten nach Beendigung der Therapie. Je nach Intention und Möglichkeit runden katamnestische Daten die Fallanalyse ab. Als Rahmen werden folgende Angaben aufgenommen:

1. Daten zu Beginn der Therapie

- 1.1. Angaben zum Patienten
- 1.2. Anamnestische Daten
- 1.3. Störungs- und Problemanamnese
- 1.4. Ausgangslage/Problemlage
- 1.5. Daten zu Therapiezielen und zur Therapieplanung

2. Therapieverlaufs- und Therapieprozessdaten

- 2.1. Stundenverlaufsdaten
- 2.2. Therapieprozessdaten
- 2.3. Therapiebegleitende Diagnostik

3. Daten zum Ende der Therapie

- 3.1. Problemlage
- 3.2. Bewertung
- 3.3. Therapiestruktur

Detaillierter umfassen die einzelnen Komplexe folgende Fragen:

1. Daten zu Beginn der Therapie

1.1. Angaben zum Patienten (Persondaten)

- Allgemeine Angaben zur Person
Name, Alter, Geburtstag, -ort, Name der Eltern, Adresse, Telefon,
- Anregung zur Therapie: Wer meldet an? Wer hat Anmeldung angeregt? Grund der Anmeldung/Fragestellung
- Bereits erfolgte Untersuchungen (Neurologisch-motorskopische Untersuchung/psychologische Untersuchung/Audiologie)
- Welche Institutionen stehen/standen mit dem Kind in Kontakt (Kindergarten, Schule)
- Bisherige Behandlungen
Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie, etc.

1.2. Anamnestiche Daten

1.2.1. Soziale Anamnese

- Konfession
- Staatsangehörigkeit
- Wohnsituation (Eigentum/Mietobjekt, Größe, Anzahl der Zimmer, eigenes Zimmer für Klienten, Anzahl/Zusammensetzung der Mitbewohner, Spielmöglichkeiten innerhalb/außerhalb der Wohnung)
- Sozialbeziehungen und Kontakte
- Freizeitaktivitäten

1.2.2. Biographische Anamnese

- Geburt/Kindheit
- Eltern: Leibliche Eltern, Adoptiveltern, Stiefeltern, zusammengesetzte Familie, allein-erziehender Elternteil
- Sozialer Status der Eltern (erlernter/ausgeübter Beruf, finanzielle Verhältnisse, Berufstätigkeit/Arbeitslosigkeit)
- Geschwister (Anzahl, Alter, Geschlecht)
- Erziehungsverhalten der Eltern
- Lebensereignisse während der Kindheit (Verlust der Großeltern/Eltern/Geschwister, Scheidung, Umzug, Kindergarten-/Schulwechsel)
- Krankheiten und Störungen in der Herkunftsfamilie

1.3. Störungs- und Problemanamnese

- Wer benennt aktuelle Störung (Eltern, Arzt, Erzieher, Lehrer, etc.)
- Wen stört das aktuelle Verhalten
- Erstmaliges Auftreten der aktuellen Störung, Auslösesituation
- Bisheriger Verlauf der aktuellen Störung
- Zeigt das Kind Problembewusstsein
- Wichtige Erkrankungen im bisherigen Lebenslauf/frühere Störungen und Auffälligkeiten
- Frühere Behandlungen für andere Störungen
- Umgang mit wichtigen Lebensbelastungen, Störungen im Zusammenhang mit Lebensveränderungen
- Vorschulische/Schulische Anamnese (Kindergarten, Schule, Probleme in der Einrichtung, Wechsel erfolgt; wenn ja warum)

1.4. Ausgangslage/Problemlage

1.4.1. Ergebnisse der neurologisch-motoskopischen, psychologischen und audiologischen Untersuchung

1.4.2. Problemorientierte Diagnostik

Verhaltens- und Bewegungsbeobachtung

Motorik: KTK/MOT/PTK/TKT

Klinische Beobachtungen

1.4.3 Motologischer Befund

1.5. Daten zu Therapiezielen und zur Therapieplanung

1.5.1. Angaben zu Therapiezielen

1.5.1.1. Therapiezielwünsche der Eltern des Klienten

1.5.1.1. Therapiezielwünsche des Therapeuten

1.5.1.2. Vereinbarte Ziele (Reihenfolge/Gewichtung), GAS

1.5.2. Angaben zur Therapieplanung

1.5.2.1. Geplante und vereinbarte Intervention (Therapie des Kindes, begleitende Beratung der Eltern Krisenintervention, Beratung Kindergarten)

1.5.2.2. Geplante und vereinbarte Interventionsformen (Einzel-, Gruppentherapie)

1.5.2.3. Geplante Dauer, Frequenz

1.5.2.4. Strategische Planung/therapeutische Vorgehensweise

1.5.2.5. Sonstige Vereinbarungen (Geplante Elterngespräche, Anwesenheit der Eltern, Einbeziehung Geschwister)

1.5.2.6. Begleitende Förderangebote (Logopädie, Krankengymnastik)

2. Therapieverlaufs- und -prozessdaten

Die Darstellung der einzelnen Therapiephasen

Orientierungsphase

Auseinandersetzungsphase

Erweiterungsphase

Übertragungsphase

Abschlussphase

enthalten Angaben zu:

2.1. Stundenverlaufsdaten

Inhalte und Ablauf der einzelnen Therapiestunden und die konkrete Umsetzung der Methoden im realen therapeutischen Handeln

2.2. Therapieprozessdaten

2.2.1. Therapiethemen

- Interventionsthemen“ (Wahrnehmungsförderung, Förderung motorischer Kompetenzen, Attributionsveränderung)
- Sinn-, Spielthemen des Kindes

2.2.2. Therapieentwicklung

- Veränderungen thematischer Schwerpunkte im Verlauf der Therapie
- Veränderungen Therapeut-Kind-Beziehung
- Einfluss/Veränderung der übrigen Ökosysteme

2.3. Therapiebegleitende Diagnostik

- Veränderungen der zu behandelnden Probleme durch therapiebegleitende Diagnostik (Beobachtung)
- das Erreichen der therapeutischen Ziele

3. Daten zum Ende der Therapie

3.1. Problemlage

3.1.1. Problemorientierte Diagnostik

3.1.2. Veränderungsbeurteilung

3.2. Bewertung

3.2.1. Abschließende Bewertung durch Rückmeldung von Kind/Eltern/Kiga/Schule

3.3. Therapiestruktur

3.3.1. Dauer der Therapie

- Anzahl der Sitzungen
- Gesamtdauer der Therapie

3.3.2. Art der Intervention

- Eingesetzte Interventionen und Methoden
- Therapeutische Strategie
- Vereinbarte Modalitäten (zusätzliche medikamentöse Therapie, Elterngespräche)
- Veränderungen in den therapeutischen Zielen
- Prognosen

3.3.3. Störungen im Verlauf

- Anzahl und Art der Unterbrechungen
- Verändernde Maßnahmen der Eltern

3.3.4. Veränderungen im Setting

- Änderung von Einzel- in Gruppentherapie
- Anwesenheit/Abwesenheit der Eltern/Geschwister
- Zeitliche/räumliche Veränderungen

Eine derartig differenzierte und damit auch zeitintensive Dokumentation des therapeutischen Verlaufs ist in der Regel im klinischen Alltag nicht zu bewältigen, sondern erfolgt primär unter wissenschaftlichen Aspekten bzw. kann für die in Ausbildung befindlichen Motologen eine Form der kritischen Reflexion ihrer eigenen Arbeit darstellen. Für den normalen Alltag hat sich ein Stundenprotokoll bewährt, das die wesentlichen Daten und Informationen einer Therapiestunde enthält und damit die Basis für einen ausführlichen

Befund bildet.

Neben der detaillierten Beschreibung der Verläufe, die das therapeutische Handeln in der spezifischen Situation widerspiegeln, ist eine wesentliche Komponente für die Etablierung einer Therapieform die Effektivität der jeweiligen Maßnahme für das einzelne Kind.

Die Einschätzung der Wirksamkeit spezifischer therapeutischer Interventionen ist ein grundlegendes Anliegen der Therapieforschung wie der praktizierenden Therapeuten.

Eine Vielzahl der im Rahmen psychomotorischer Förderung durchgeführten Effektivitätsstudien nehmen Veränderungsmessungen im Leistungsbereich der Motorik (KTK, MOT) als Grundlage für den Nachweis der Wirksamkeit. Ein Vorgehen, das in der Regel den Intentionen und der Vorgehensweise der Fördermaßnahme entspricht.

Für das vorliegende therapeutische Konzept erscheint diese Vorgehensweise jedoch aus mehreren Gründen nicht sinnvoll und relevant. Betrachtet man die Zielgruppe der Kinder, denen die Diagnose dysfunktionale Kontrollüberzeugungen zugeschrieben wird, so lässt sich konstatieren, dass viele von ihnen nur geringfügige motorische Probleme im Sinne einer klassischen Koordinationsstörung aufweisen, vielmehr die beobachteten Bewegungsauffälligkeiten oder -einschränkungen Ausdruck ihrer psychischen Hemmungen und Befindlichkeiten sind und je nach situativem Kontext starken Schwankungen unterliegen. Eine statistisch signifikante Leistungssteigerung im koordinativen Bereich aufgrund der therapeutischen Maßnahmen ist daher kaum zu erwarten. Ein weitaus größeres Problem zeigt sich für diese Kinder vermehrt in der Quantität und Modifikationsmöglichkeit einsetzbarer Handlungskompetenzen, die eine adäquate Umweltbewältigung erst ermöglichen. Je nach Lebenskontext des einzelnen Kindes können die erforderlichen Kompetenzen sehr unterschiedlich sein und lassen sich durch ein einheitliches Parameter wie z.B. Motorik nur schlecht abbilden. Die Focussierung auf die individuelle Lebens- und Bewältigungsgeschichte des Kindes, die das therapeutische Handeln und die Zielausrichtung leiten, muss auch in der Effektivitätsüberprüfung ihren Niederschlag finden.

Für die Evaluationsforschung stehen unterschiedliche Verfahren zur Verfügung, wobei sich die Kriterien zur Erfassung von Interventionsveränderungen in drei Klassen unterteilen lassen¹⁵³:

1. *globale, am Begriff Gesundheit orientierte Erfolgskriterien*

Als solche wären z.B. Abbau der Symptomatik oder bessere Integration in außerfamiliäre Gruppen zu nennen. Ihre Bedeutung liegt darin, dass sie leicht kommunizierbar sind, d.h. Therapeuten, Eltern und andere am Prozess Beteiligte von identischen An-

¹⁵³ ETTRICH/DIETRICH 1989, 363

nahmen ausgehen und dass sie bei verschiedenen therapeutischen Ansätzen anwendbar sind.

2. *aus dem spezifischen Therapiekonzept abgeleitete Erfolgskriterien*

Diese Kriteriengruppe zielt vorrangig auf den Nachweis ab, ob und in welchem Ausmaß für eine bestimmte Indikationsgruppe die angestrebten Ziele erreicht worden sind. Die Wertung richtet sich jedoch nicht nur auf die Wirksamkeit der Therapie sondern zugleich auch auf die Auswahl der Indikationsgruppe. Für die psychomotorische Entwicklungstherapie als eine bewegungsorientierte Maßnahme sind z.B. messbare Veränderungen der motorischen Leistungsfähigkeit durch den MOT oder KTK möglich.

3. *aus den individuellen Änderungszielen abgeleitete Erfolgskriterien*

Ihre Bedeutung liegt darin, das Spektrum von Behandlungszielen mit den individuellen Veränderungswünschen der Klienten und in unserem Fall der Eltern abzugleichen.

Insbesondere für die Einzelfallanalyse ist die letztgenannte Gruppe von Effizienzkriterien von großer Bedeutung. Sie bietet die Möglichkeit, individuelle Gewichtungen der Therapieindikation und des therapeutischen Vorgehens zu berücksichtigen und zugleich qualitative Veränderungsprozesse differenziert zu betrachten.

Als eine für die vorliegende Arbeit relevante Methode erschien mir das Goal Attainment Scaling (GAS) von KIRESUK/SHERMAN 1968, als eine an den individuellen Kontexten und Änderungswünschen orientierte Erfolgsbeurteilung, die bislang vorrangig in der Kinderpsychotherapie Anwendung fand und dort auch modifiziert wurde.

10.2. Goal Attainment Scaling

KIRESUK und SHERMAN entwickelten diese Methode, um die Effektivität unterschiedlicher Behandlungsansätze innerhalb eines Programms zu vergleichen bzw. um ein gesamtes Behandlungsprogramm zu evaluieren. Im Vordergrund stehen dabei Therapieziele, die für jeden einzelnen Klienten und seine Problematik erstellt und definiert werden. Ziel dieser Methode ist es, die aktuellen, individuellen Interventionsziele detailliert zu formulieren und das Ausmaß des Erreichten in unterschiedlichen Behandlungsphasen zu quantifizieren. Diese Methode umfasst eine *Skalierungstechnik* und ein *Bewertungsdesign*, welches auf verschiedene therapeutische Verfahren angewendet werden kann und dessen Procedere sich für die praktische Arbeit mit Kindern wie folgt gestaltet:

1. Die Erarbeitung des GAS sollte nach einer ersten Diagnostikphase möglichst frühzeitig erfolgen.
2. Gemeinsam mit den Eltern werden die drei bis maximal fünf für das Kind und seine Eltern wichtigsten Probleme ausgewählt.
3. Die Probleme werden entsprechend ihrer Relevanz für das Kind resp. seine Eltern gewichtet. Dafür stehen die Faktoren 1, 2 und 3 zur Verfügung, wobei der Faktor 3 die höchste Gewichtung kennzeichnet. Es ist jedoch nicht zwingend notwendig, alle drei Gewichtszahlen zu verwenden, es können auch alle Hauptprobleme mit dem Faktor 3 versehen werden. Eine differenziertere Gewichtung ist jedoch wünschenswert zumal sie wichtige Hinweise für die Gestaltung des therapeutischen Vorgehens liefert.
4. In einem weiteren Schritt werden gemeinsam mit den Eltern fünf gut beobachtbare Veränderungsindikatoren festgelegt, die auf eine Bewertungsskala übertragen und mit ganzen Zahlen von -2 bis +2 versehen werden. Die einzelnen Stufen kennzeichnen folgenden Ausprägungsgrad:
 - 2 Diese Stufe ist nahezu identisch mit der Ausgangssituation
 - 1 Diese Stufe bedeutet, dass eine Veränderung bereits in Richtung des Zielzustandes erfolgt ist, jedoch noch nicht in der gewünschten Ausprägung
 - 0 Diese Stufe wird als erste festgelegt, sie beschreibt einen zu erreichenden Zielzustand, der zwar noch nicht als Idealzustand bezeichnet werden kann, jedoch eine bedeutsame erwünschte Veränderung darstellt.
 - +1 Diese Stufe beschreibt eine Veränderung, die über den Zielzustand (0) hinausgeht, jedoch noch nicht dem Idealzustand entspricht
 - +2 Diese Stufe kennzeichnet den Idealzustand erwünschten Verhaltens und liegt deutlich über den erwarteten Ergebnissen

Dabei sollten wenigstens zwei Stufen auf jeder Skala ausreichend präzise und objektiv beschrieben sein, so dass auch ein Außenstehender das Vorliegen einzelner Stufen bewerten kann, der mit dem therapeutischen Procedere nicht vertraut ist.
5. Der Grad der Zielerreichung kann durch folgende Gleichung berechnet werden (vgl. KIRESU&SHERMAN 1968, 449):

$$T = 50 + \frac{10 \sum W_i \times X_i}{\sqrt{(1-r) \sum W_i^2 + r (\sum W_i)^2}}$$

wobei

W_i = relatives Gewicht für das Merkmal i

X_i = numerischer Wert des Ergebnisses auf der Zielerreichungsskala

p = intuitive Schätzung der gewichteten mittleren Korrelation der X_i Werte (=0,3)

Die Berechnung des T-Wertes zu unterschiedlichen Meßzeitpunkten ermöglicht es, das Ausmaß der individuellen Zielerreichung im Verlauf des therapeutischen Prozesses für jedes einzelne Merkmal aber auch für die Hauptproblematik insgesamt zu quantifizieren. Ein T-Wert von 50 entspricht dem akzeptablen Zielzustand; ausgehend von dieser Bezugsgröße lassen sich durch das GAS auch globale Effekte der Therapieform beurteilen. Mit Hilfe des GAS kann an Hand der Messung von prä-post Veränderungen die Wirksamkeit einzelner Interventionsstrategien überprüft und nicht erfolgreiche Therapien leichter aufgeklärt werden, da die Festlegung der Ziele nicht durch das GAS, sondern durch die spezifische Interventionsform bedingt ist.

Eine modifizierte Form des GAS stellt BORG-LAUFS 1997 vor, der folgende Skalierung vornimmt:

- 0 Ausgangslage
- 1 Verschlechterung
- 1 25% Zielerreichung (Veränderung in Richtung Zielzustand)
- 2 50% Zielerreichung (zu erreichender Zielzustand)
- 3 75% Zielerreichung (Veränderung über Zielzustand hinaus, jedoch noch nicht Idealzustand)
- 4 100% Zielerreichung (Idealzustand)

Der Gesamtfortschritt über alle Therapieziele wird dadurch errechnet, dass die Werte zu einem Messzeitpunkt addiert und durch die Anzahl der Therapieziele geteilt werden.

Die Unterschiede zwischen diesen beiden Skalierungen bestehen im Wesentlichen darin, dass das GAS nach KIRELUK/SHERMAN eine Verschlechterung der Symptomatik nicht

erfasst. Für die vorliegende Arbeit wurde die Zielerreichungsskala nach BORG-LAUFS 1997 eingesetzt, da die dort verwendete Berechnung der Therapieveränderung in der alltäglichen Praxis leichter zu realisieren ist.

Neben den methodenspezifischen Vorteilen des GAS für die Therapieevaluation ist dieses Verfahren auch unter dem Aspekt der Festlegung von Therapiezielen (Kap. 4.4.1.) und für die therapiebegleitende Elternarbeit von Nutzen.

Die gemeinsame Ausarbeitung therapierelevanter Ziele begrenzt die intendierten Veränderungen auf realisierbare Teilschritte und minimiert mögliche Enttäuschungen durch überhöhte Erwartungen auf beiden Seiten. Die Auswahl und Benennung spezifischer Schwierigkeiten und angestrebter Verhaltensänderungen durch die Eltern bedeutet, dass sie sich der wesentlichen Probleme im Interaktionsprozess bewusst werden und führt weg von einer globalen Negativbewertung. Zugleich verdeutlichen die als erwünscht formulierten Idealzustände das jeweilige Menschenbild der Eltern und bieten Ansatzpunkte, um auch auf systemischer Ebene veränderte Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein solches positives Verhalten fördern und stützen. Darüber hinaus hat die Arbeit mit Erwachsenen gezeigt, dass es bei Anwendung des GAS zu weniger Abbrüchen kommt und die im Therapieverlauf oftmals stattfindenden Veränderungen der Bedeutsamkeit und der Zielinhalte weniger zum Tragen kommen. Als mögliche Ursache wird die Konkretisierung der persönlichen Ziele und die damit verbundene Klärung der Erwartungen an den Interaktionsprozess und der daran beteiligten Personen angenommen.

Die Anwendung differenziert formulierter Therapieziele für die psychomotorische Entwicklungstherapie, wie es das GAS vorsieht, ruft möglicherweise diejenigen Kritiker auf den Plan, die vor einer zu defizitorientierten Vorgehensweise und Angleichung an soziale Normen (elterliche Erwartungen) warnen. Mag diese Kritik auf den ersten Blick zutreffend sein, so löst eine umfassende Betrachtung diese Zweifel auf. In jedem therapeutischen Setting sind wir mit Erwartungen des Klienten und seiner Familie, institutionalisierten Rahmenbedingungen und methodenspezifischen Zielzuständen konfrontiert, die zu einer Therapiezielformulierung führen. Globale Formulierungen wie „Ich-Stärkung“, „Erreichen sozialer Kompetenz“ scheinen zwar die Unterstützung der Individualität zu betonen, beinhalten jedoch nichtsdestoweniger konkrete Menschenbilder und tragen aufgrund ihrer geringen Spezifizierung nicht unbedingt dazu bei, die Wirksamkeit psychomotorischer Therapien zu belegen. Darüber hinaus bieten gerade die mit den Eltern erarbeiteten Therapieziele die Möglichkeit, systemimmanente Strukturen und Probleme aufzuzeigen und therapieübergreifende Veränderungen im Elternhaus und in den beteiligten Institutionen einzu-

leiten. Die explizite Formulierung von Änderungsvorstellungen der Eltern ermöglicht einen Einblick in systemische Bedingungen bei der Entstehung, Bewertung und Veränderung problematischen Verhaltens beim Kind.

Unter therapeutischen Gesichtspunkten bietet die Formulierung individueller Veränderungswünsche die Möglichkeit, die Bedürfnisse und Wünsche der Eltern konkret zu erfassen, so dass abweichende oder überzogene Erwartungen bzgl. des Therapieerfolges frühzeitig relativiert werden können. Zugleich kann es bedingt durch erste erfolgreiche Veränderungen im therapeutischen Prozess zu einer Verschiebung von Therapiezielen kommen. Die frühzeitige Festlegung von Veränderungswünschen bedeutet, eine mögliche „Erwartungsschraube“ zu verhindern, so dass Enttäuschungen auf Seiten der Eltern und des Therapeuten vermieden werden und die Therapiemotivation durch die vorhandene Transparenz erhöht wird.

11.1. Fallbeispiel Andreas

1. Daten zu Beginn der Therapie

Persondaten

Andreas wurde im Alter von 4;2 Jahren auf Anraten des behandelnden Kinderarztes im Kinderneurologischen Zentrum vorgestellt. Die Mutter hatte wiederholt berichtet, dass Andreas panisch und zum Teil unkontrolliert auf laute Geräusche reagiere. Der Kinderarzt bat um Ausschluss einer zentralen Fehlhörigkeit. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung war Andreas noch nicht im Kindergarten und es waren keine weiteren diagnostischen und therapeutischen Angebote in Anspruch genommen worden.

Anamnestiche Daten

Andreas war das zweite Kind gesunder Eltern. Die Schwangerschaft verlief ohne nennenswerte Probleme, die Geburt erfolgte 11 Tage nach dem errechneten Termin, Apgar Werte¹⁶¹ 9/10/10.

Die Meilensteine der Entwicklung waren unauffällig, die Eltern beschrieben Andreas als ein eher ruhiges Kind im ersten Lebensjahr. Das erste sinnvolle Wort habe Andreas angeblich vor dem ersten Lebensjahr gesprochen, danach stagnierte die sprachliche Weiterentwicklung bis zum Alter von 3 bis 3 1/2 Jahren. Die Mutter war in Bezug auf sein Hörvermögen verunsichert, da Andreas öfters nicht auf sprachliche Anweisungen reagierte. Sie beschrieb ihn als ausgesprochen ruhiges Kind, das sich nur ruhige Kinder zum Spielen suche. Er helfe gerne im Haushalt, insbesondere wenn er der Mutter direkt etwas nachmachen könne. Andreas hantiere gerne mit kniffligen kleinen Dingen, wie z.B. Batterien auswechseln und könne ausgiebig Räder und rollende Gegenstände beobachten. Beim Spiel mit Bauklötzen zeige er wenig Phantasie und Ausdauer. Andreas spiele fast ausschließlich im Stehen, wolle alles im Blick haben.

Er hatte eine sechs Jahre ältere Schwester, die zum Zeitpunkt der Erstvorstellung die Grundschule besuchte und dort keine nennenswerten Probleme hatte. Andreas bewohnte mit seiner Schwester und seinen Eltern eine 4-Zimmer Mietwohnung, in der jedes Kind ein eigenes Zimmer hatte. Die Familie lebte in relativ gesicherten finanziellen Verhältnissen. Andreas Vater war gelernter Bauschlosser arbeitete aber als Qualitätskontrolleur, die Mutter war gelernte Fleischerfachverkäuferin, jedoch wegen der Erziehung der Kinder nicht

berufstätig.

Die Familie gehörte der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas an. Andreas Vater war Jahre zuvor während einer kritischen Lebensphase dieser Gemeinschaft beigetreten. Andreas Mutter, die von Haus aus evangelischen Glaubens war, trat erst später bei, was zu Spannungen und Zerwürfnissen mit ihrer Ursprungsfamilie führte, so dass die Kinder kaum noch Kontakt zu den Großeltern hatten. Die sozialen Kontakte der Familie wurden durch die Versammlungen der Glaubensgemeinschaft geprägt. Andreas hatte im Wohnumfeld keine festen Freunde und nur gelegentlich Kontakt zu einem anderen Jungen. Am liebsten beobachtete Andreas andere Kinder beim Handeln und beschränkte sich meist auf die Rolle des Zuschauers.

Störungs- und Problemanamnese

Frau E. berichtete, dass sie Andreas Verhalten schon im Alter von 2;6 Jahren als auffällig empfunden habe. Ihr damaliger Kinderarzt habe ihre Bedenken aber nicht ernst genommen, sondern zu einer strengeren Erziehungshaltung geraten. Sie habe dann einen anderen Kinderarzt aufgesucht, der sie nun auch überwiesen habe. Andreas sei sehr geräuschempfindlich und reagiere auf bestimmte, ihm nicht vertraute Geräusche panisch. Halte Andreas sich im Hausflur auf und es ertöne zum Beispiel der Summer für den Türdrücker, renne er verstört davon. Ebenso gehe er nicht auf Toiletten, in denen mit dem Licht eine Lüftung eingeschaltet werde. Auch im Straßenverkehr sei er mitunter unberechenbar, da er auf laute Autos oder Hupen mit panischem Wegrennen reagiere ohne auf den Verkehr zu achten. Er sei ein sehr scheues, eher zurückgezogenes Kind. Auf dem Spielplatz oder auch in einer Spielgruppe, die sie kurzzeitig besucht habe, sei Andreas weggegangen, wenn ein anderes Kind auf ihn zugekommen sei. Die Mutter erzählte, dass nicht nur sie Andreas Verhalten auffällig finde, sondern auch von anderen darauf angesprochen würde, dass er sich "*total zurückziehe*" und seine "*Ausraster/Anfälle nicht normal seien*". Aus diesem Grund sei sie irgendwann nicht mehr in die Spielgruppe gegangen, "*dass müsse sie sich nicht antun*", so dass Andreas kaum mehr Kinderkontakte habe. Lediglich bei den Glaubensversammlungen träfe er mit anderen Kindern zusammen.

Frau E. sah einen großen Unterschied zur älteren Schwester, die sehr aktiv und interessiert sei, viel frage. Andreas hingegen frage nie warum oder woher etwas komme, er sei sehr ruhig und dem Vater sehr ähnlich. Frau E. bat um Informationen, was Andreas' stereoty-

¹⁶¹ APGAR-Schema : Punkteschema für die Zustandsdiagnostik des Neugeborenen; der sog. APGAR-Index wird 1, 5 u. 10 Min. nach der Geburt bestimmt; optimal: 9-10 Punkte pro Erhebungszeit

pen, ausdauernden Spielhandlungen (Drehen der Räder an Autos, Sand rieseln lassen) für eine Bedeutung hätten. Sie habe ein Buch über Autismus gelesen und darin viel von Andreas wiedergefunden.

Ihre eigenen Eltern sähen das Problem bei Andreas weniger, sie seien vielmehr der Meinung, dass Frau E. mit Andreas beim falschen Arzt (antroposophischer Arzt) in Behandlung sei.

Am Vortag der Erstvorstellung hatte Andreas seinen ersten Kindergarten tag in der Regeleinrichtung seines Wohnortes. Er sei mit 25 Kindern in einer Gruppe. Aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen befürchtete Frau E., dass Andreas in dieser Einrichtung nicht klar komme und hatte für den Fall des Scheiterns bereits Kontakt zu einer integrativen Einrichtung aufgenommen.

Ausgangslage/Problemlage

Neurologisch-motoskopische Untersuchung

Andreas verweigerte bei der neurologisch-motoskopischen Untersuchung anfangs massiv, nach einer Pause und mit intensivem Zureden der Mutter zeigte er eine begrenzte Kooperation. Sein Kooperationsbereitschaft kippte, sobald es schwierig wurde oder Andreas Schwierigkeiten befürchtete. Bei den durchgeführten Aufgaben zeigte Andreas deutliche Probleme in der Tonusregulation und Körperkoordination sowie in der Handlungsplanung, Orientierung und Ausrichtung im Raum. Es waren keine pathologischen Reflexe nachweisbar, die Motorik war bei Spontanbewegungen deutlich flüssiger. Aufgrund der ausgeprägten Verweigerungshaltung in Anforderungssituationen wurde die angestrebte audiologische Abklärung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Diagnostiziert wurde eine ausgeprägte somato-sensorische Reizaufnahme- und Verarbeitungsstörung mit dem Verdacht auf eine bestehende Fehlhörigkeit.

Audiologische Untersuchung

Die später durchgeführte audiologische Untersuchung erlaubte aufgrund der verweigernden, abblockenden Haltung keine eindeutige Aussagen. Die Sprachaufnahme im ruhigen Raum gab keine Hinweise auf Probleme beim peripheren Gehör. Untersuchungen zur Abklärung einer zentralen Fehlhörigkeit konnten aufgrund der Verweigerung von Andreas nicht durchgeführt werden.

Erstkontakt mit dem Kind

Beim Erstkontakt kam Andreas nach anfänglichem Zögern ohne Probleme im Beisein der Mutter mit in den Therapieraum. Für den ersten Kontakt hatte ich entsprechend den Angaben der Mutter als "warm-up" diejenigen Spielmaterialien ausgewählt, mit denen er sich auch zu Hause gerne beschäftigte, Autos, Bälle und einen Kugelbahn-Bausatz sowie als Großgeräte Rutsche und Schaukel, die er vom Spielplatz kannte. Im Raum stand zudem ein Quadrogerüst, das gleichermaßen zum Klettern wie zum Bauen genutzt werden konnte. Andreas interessierte sich für die angebotenen Autos und die Kugelbahn. Rollen, Kugeln und Schieben waren seine präferierten Handlungen, die sich in einem begrenzten räumlichen Rahmen abspielten. Über das parallel laufende Spiel mit den Autos nahm Andreas Kontakt zu mir auf und ließ sich auf Spielanregungen und konkrete Anforderungen meinerseits ein. Er freute sich über Erfolge und begleitete seine Handlungen durch verbale Bestärkungen: *"Ich bin ein großer Junge"*, *"Das habe ich doch geschafft"*, *"Ich kann das doch"*, *"Gewonnen"*. Andreas reagierte nicht auf alle verbalen Anweisungen, vermehrt jedoch bei direkter Ansprache unter Blickkontakt. Er wirkte insgesamt zufrieden, entspannt und aktiv.

Für die zweite Stunde hatte ich erneut Bälle in der Kombination mit einer Rutsche angeboten, gewissermaßen eine große Kugelbahn, die einerseits Andreas Wunsch nach Rollen und Beobachtung von Bewegung entsprach zugleich aber auch eigene grobmotorische Aktionen ermöglichte bzw. provozierte. Andreas kam freudig in diese Stunde, ging sofort auf die Rutsche zu und ließ die Bälle hinunterkullern. Er selber vermied es aber, zu klettern oder zu rutschen, sondern agierte im Stehen und legte die Bälle in der Höhe auf, die er per Hand erreichen konnte. Andreas ließ eine von mir initiierte Spielidee, Bälle in verschiedene Löcher eines Formbretts kullern lassen und die Formen aufzuzeichnen zu und beteiligte sich aktiv am Spielverlauf. Zu beobachten waren dabei eine große Spieldauer, Schwierigkeiten in der Handmotorik sowie in der simultanen Beachtung mehrerer Informationen. Nach einer längeren Spielphase wand er sich dem im Raum stehenden Quadrogerüst zu, kletterte kurz hoch, wirkte unschlüssig und nahm das Angebot des Weiterbauens gerne auf. Während der nächsten Stunden ging Andreas zuerst auf die vertrauten Angebote (Bälle, Rutsche) zu und wiederholte die Handlungsmuster kullern und rollen, ohne selber eines der Geräte zu betreten. Währenddessen betrachtete er die anderen im Raum befindlichen Dinge, ohne von sich aus darauf einzugehen. Angebote meinerseits nahm er auf, sofern sie nicht mit intensiver körperlicher Aktivität verbunden waren.

In der vierten Stunde gingen wir in unseren Trampolinraum, einen Raumwechsel, den An-

Andreas ohne Probleme meisterte. Andreas ging zunächst sehr vorsichtig auf das Trampolin und wippte nur ein paar Mal. Er selber nahm dann einen am Rande liegenden Ball auf das Tuch und entwickelte ein Spiel, bei dem der Ball sein Bein nicht berühren durfte. Andreas wurde deutlich motorisch aktiver, lief über das Trampolin und kam zunehmend mehr zum Springen. Seine Sprünge waren niedrig und langsam, mit einer leichten Seitendifferenz rechts. Bei höherem Springen drohte schnell der Spannungsverlust mit Hinfallen. Instrumente, die ich zur Sprungunterstützung einsetzte, wurden von Andreas akzeptiert und er wollte selber damit Musik machen. Auf Fremdgeräusche in unseren Räumen (Quietschen der Schaukel im Nachbarraum) reagierte er mit angemessener Orientierungsreaktion und Fortsetzen der einmal begonnenen Tätigkeit nach Erklärung der Geräuschquelle.

In der fünften Therapiestunde war die Durchführung des MOT vorgesehen. Aufgrund des guten Kontaktes zu Andreas ging ich davon aus, dass er sich auf die Testdurchführung einlassen konnte ohne in die Verweigerung zu gehen. Zunächst ließ Andreas sich auch auf die angebotenen Aufgaben ein, wurde dann jedoch zunehmend langsamer und versuchte in andere Handlungsbläufe auszuweichen "*Ich sammel jetzt erst die Bälle ein und dann mache ich weiter*". Der Testverlauf war insgesamt zähflüssig, obgleich wir alle Aufgaben durchführen konnten. Bei komplexeren koordinativen Leistungen sank die Motivation und Leistungsbereitschaft deutlich schneller als bei den übrigen Aufgaben. In der letzten Diagnostikstunde nahm Andreas erneut die Bälle und Kugeln zum Rollen, konstruierte aus den Quadrorohren eine eigene Kugelbahn, die in ihrer Konstruktion leider nicht immer funktionierte. Gegen Ende der Stunde wurde er selber aktiver und kullerte zunächst zaghaft die dicke Weichbodenschräge hinunter, wurde mutiger und explorierte in seinem Bewegungsverhalten, rollte, machte Purzelbäume und lief die dicke Weichbodenmatte hinunter.

Die Mutter war während der gesamten Diagnostikphase im Raum anwesend. Sie wirkte Andreas gegenüber freundlich zugewandt und ließ ihn in seinen Aktionen gewähren. In Situationen, in denen Andreas Verhaltensweisen zeigte (Autos durch die Gegend schmeißen oder sie mit einem Ball bewerfen), welche die Mutter ärgerten, blieb sie verbal freundlich und zustimmend, nannte ihn scherzhaft "*Du Schlingel*" ohne Andreas ihren sichtbaren Unmut zurückzumelden. Insbesondere am Anfang, aber auch über die Stunde verteilt, suchte Frau E. intensiven Kontakt zu mir, indem sie ununterbrochen versuchte, mich in ein Gespräch zu verwickeln. Ließ ich mich darauf ein, spielte Andreas währenddessen nahezu unberührt sein Spiel weiter, forderte auch nicht meine Aufmerksamkeit ein.

Motologischer Befund

Verhaltens- und Bewegungsbeobachtung in freien Spiel- und Bewegungssituationen

Motorik/Wahrnehmung

Andreas ging interessiert und offen auf die angebotenen Spielmaterialien zu, bevorzugte fahrende und rollende Gegenstände, die er auf den angebotenen Großgeräten (z.B. Rutsche) einsetzte. Er selber bewegte sich eher bedächtig, blieb meist in einer aufrechten Position und mied intensive Bewegungsangebote wie Schaukeln, Springen, Klettern. Bei komplexeren koordinativen Leistungen wie Werfen, Fangen und Klettern wurden Probleme in der sequentiellen Regulation der motorischen Abläufe deutlich.

Handmotorisch zeigte sich eine Rechtspräferenz bei insgesamt wenig differenzierter Handgeschicklichkeit. Stifthaltung im hochangesetzten Quergriff oder Faustgriff, bei wechselnder Handbenutzung. In der Verarbeitung körpernaher wie -ferner Reize war zu beobachten, dass selbst gewählte akustische, vestibuläre und propriozeptive Reize ohne Schwierigkeiten akzeptiert und zum Teil auch gezielt gesucht wurden. Von mir initiierte Geräusche und Bewegungen wurden dagegen nur kurzfristig toleriert und Andreas wechselte anschließend das Spielthema.

Spiel

Andreas beschäftigte sich intensiv mit dem Thema "Rollen" in verschiedenen Variationen und verfolgte dabei intensiv die Bewegungen der Gegenstände. Seine Spielhandlungen hatten primär Funktionscharakter, wobei er das Material variierte, die Handlungsabläufe jedoch eher stereotyp wirkten. Er verhaftete in seinen Spielformen (Kullern, Rollen), Veränderungen ergaben sich nur durch Anregungen von außen. Bei neuen, konstruktiven Aufgaben zeigten sich Probleme in der vorausschauenden Handlungsplanung. Die Problemlösung verlief überwiegend durch Versuch-Irrtum.

Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich

Andreas kam gerne und bereitwillig mit in die Therapieräume. Er betrachtete interessiert die vorhandenen Arrangements und suchte sich gezielt Aufgaben heraus. Während der Spielphasen war er sehr konzentriert und ausdauernd, konnte auch nach Unterbrechungen das einmal begonnene Oberprogramm wieder aufnehmen. Er ließ sich auf konkrete Spielanregungen und Anforderungen meinerseits ein. Seine verbalen handlungsbegleitenden Kommentare waren durch selbstbegründigende Äußerungen "Das kann ich", "Ich bin doch schon groß" geprägt. Mitunter äußerte er Bemerkungen, die für mich nicht im Kontext standen und Andreas ein wenig "bizarrr" wirken ließen. Die von der Mutter beschriebenen "Ausraster" und "Panikattacken" bei ungewohnten Geräuschen konnten nicht beobachtet

werden. Waren unbekannte Geräusche aus dem Nebenraum zu hören, zeigte Andreas adäquate Orientierungsreaktionen und konnte nach entsprechender Rückmeldung sein Spiel fortsetzen. Insgesamt wirkte er in seiner emotionalen Grundstimmung zufrieden und ausgeglichen.

Intellektuelle Fähigkeiten

Andreas Auffassungsgabe und Spielverständnis wirkten altersentsprechend. Probleme zeigten sich bisweilen in der Umsetzung verbaler Anweisungen, wenn sie nicht direkt an ihn gerichtet waren. Bei direkter Ansprache unter Blickkontakt konnten die Aufgaben in der Regel umgesetzt werden. Andreas hatte einen leichten Dysgrammatismus bei der Verwendung der bestimmten Artikel und der Konjugation einzelner Verbformen.

Sozialverhalten

Im Kontakt zur Therapeutin nahm Andreas freundlich distanziert Kontakt auf. Er konnte seine eigenen Bedürfnisse formulieren und bei Bedarf auch aufschieben.

Motoriktest für 4-6 Jährige (MOT)

PR: 32 MQ: 95

Beobachtung: Die Testdurchführung gestaltete sich eher langsam und zähflüssig, da Andreas einzelne Aufgaben immer wiederholen wollte, statt die nächste auszuführen. Insbesondere bei komplexeren Aufgaben, die ihn an seine Leistungsgrenzen führten, zeigte er Ausweichtendenzen "*Ich mache jetzt erst die Bälle und dann die andere Aufgabe*". Er ließ sich zum Erstaunen der Mutter jedoch immer wieder zur Mitarbeit motivieren.

Trapolinscreeningtest (TST)

Andreas ging zunächst zögerlich auf das Schwungtuch und probierte ein paar vorsichtige Sprünge. Im weiteren Verlauf wurde er zunehmend aktiver und nahm andere Materialien (Bälle, Schaumstoffteile) mit hinzu. Andreas sprang langsam und mit geringem Kraftmaß, es zeigte sich eine leichte Seitendifferenz rechts und eine ausgeprägte beidseitige Armpassivität. Andreas wirkte beim Springen deutlich bewegungsfreudiger, passives Geschwungenwerden tolerierte er jedoch nicht.

Fragebogen zur Erfassung internaler/externaler Kontrollüberzeugungen

Die Auswertung des Fragebogens zu den Kontrollüberzeugungen ergab bei der ersten Befragung mit 9 Nennungen (im Vgl. 2 Items interne KÜ) eine deutliche externe Zuschreibung für positive Ereignisse, während die Zuschreibung für negative Ereignisse rela-

tiv ausgewogen zwischen internalen (5 Items) und externalen Ursachen (6 Items) lag. Die Zuschreibung für positiv erlebte Ereignisse bzw. erfolgreiche Handlungen auf außerhalb der eigenen Person liegende Ursachen deutete auf eine geringe Einschätzung der eigenen Wirksamkeit hin, während Mißerfolge wesentlich differenzierter bewertet wurden.

Zusammenfassende Interpretation

Andreas zeigte sich in der Diagnostikphase als ein interessiertes Kind, das sich mit ausgewählten Materialien ausdauernd beschäftigen konnte. Sein beobachtbares Handlungs- und Bewegungsrepertoire blieb dabei auf wenige Muster beschränkt, obgleich er bei der Testdurchführung des MOT durchaus in der Lage war, vielfältigere Aufgaben zu erfüllen. Die Qualität seiner Alltagsmotorik war unauffällig, erst bei neuen, komplexeren Anforderungen zeigten sich Probleme in der sequentiellen Regulation, die als eckige, wenig harmonische Bewegungen zum Ausdruck kamen. Die stereotyp wirkenden Spielhandlungen und die geringe Variation der Spielideen wurden im Sinne einer ideatorischen Dyspraxie gewertet. Als Folge erlebter Schwierigkeiten, selbständig Lösungsansätze zu entwickeln, hatte Andreas seinen Handlungsspielraum auf wenige Bereiche begrenzt, so dass er kaum neue Kompetenzen erwerben konnte und sich in seiner Selbstwahrnehmung als wenig wirksam erlebte. Die Angst, nicht selbsttätig erfolgreich handeln zu können, zeigte sich in seiner Verweigerungshaltung bei direkten Anforderungen und fand ihre Bestätigung in der verstärkt externalen Attribution positiver Ereignisse.

Die von den Eltern beschriebenen Tobsuchtsanfälle und "Ausraster" konnten im therapeutischen Setting weder beobachtet noch provoziert werden.

Therapieziele und Therapieplanung

Therapiezielwünsche der Eltern des Klienten

Für Andreas Eltern standen drei Fragestellungen im Vordergrund. Erstens die Abklärung seiner Geräuschempfindlichkeit und der möglicherweise daraus resultierenden Verhaltensprobleme. Zweitens die Verringerung seiner Rückzugstendenzen in verschiedenen Anforderungssituationen. Drittens seine eingeschränkte Spiel- und Bewegungsaktivität, die seinen Handlungsspielraum auf den häuslichen Bereich beschränkte und soziale Kontakte weitestgehend einengte. Auch im Hinblick auf den gerade begonnenen Kindergartenbesuch hatten die Eltern Sorge, dass Andreas durch sein Verhalten zum Außenseiter und sich die Problematik verstärken würde.

Therapiezielwünsche der Therapeutin

Ausgehend von den Ergebnissen der motologischen Diagnostik benannte ich drei Förderungsschwerpunkte. Erstens die Erweiterung und qualitative Verbesserung seiner motorischen Kompetenzen im grob- wie im feinmotorischen Bereich mit Schwerpunkt auf der Förderung der sequentiellen Regulation.

Zweitens die Erweiterung seiner Spiel- und Handlungskompetenzen, um sein Explorationsverhalten anzuregen und eigene Wirksamkeitserfahrungen zu vermitteln.

Ein weiteres Ziel war der Erwerb sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gleichaltrigen als Basis für gemeinsame Spielaktivitäten und die Bewältigung sozialer Konflikte innerhalb einer Gruppe.

Zielerreichungsskala

Gemeinsam mit den Eltern wurden folgende Ziele vereinbart und differenziert festgelegt:

Ziel Nr. 1: Verringerung der Verweigerungstendenzen bei Anforderungen (Steigerung des Selbstvertrauens) (Faktor 3)¹⁵⁴

4 = 100% = sucht sich eigenständig neue Aufgaben, erfüllt externe Anforderungen

3 = 75% = lässt sich auf Anforderungen Dritter ein und probiert aus

2 = 50% = sucht sich aus einem vorgegebenen Rahmen neue Angebote und exploriert

1 = 25% = lässt Veränderungen im Spielablauf und in der Spielhandlung von außen zu

0 = Ausgangslage = zieht sich bei Anforderungen zurück; zeigt kein Interesse an neuen Herausforderungen

-1 = Verschlechterung = verweigert bekannte Spielangeboten; ist auf eine Spielidee fixiert

Ziel Nr. 2: Erweiterung der motorischen Kompetenzen (Faktor 3)

4 = 100% = setzt verschiedene Bewegungsabläufe ein, die ein Kinderalltag bietet: Klettern, Rutschen, Schaukeln, Radfahren; größere Bewegungssicherheit

3 = 75% = probiert selbständig verschiedene Abläufe auf dem Spielplatz, im Wald etc. aus

2 = 50% = nimmt Variationen der vorhandenen Bewegungsabläufe an und probiert aus

1 = 25% = probiert neue Bewegungsabläufe (Klettern, Rutschen, Schaukeln) unter Anleitung aus

0 = Ausgangslage = beschränkt motorische Kompetenzen auf Gehen, Laufen, Hüpfen,

¹⁵⁴ Faktor 3 kennzeichnet die höchste Gewichtung, siehe auch S. 268

handmotorische Aktivitäten (Malen, Autoräder drehen)

-1 = Verschlechterung = verweigert vertraute motorische Muster im Alltag

Ziel Nr. 3: Erweiterung des Spielrepertoires auch gemeinsame Spiele mit anderen Kindern (Faktor 2)

4 = 100% = sucht sich konstruktive Spiele (Bauen mit Lego/Duplo); Symbol-/Rollenspiele mit anderen Kindern

3 = 75% = plant und führt eigene Spielideen durch, integriert andere Personen ins Spiel

2 = 50% = zeigt Interesse an neuem Spielmaterial, exploriert damit

1 = 25% = variiert die Spielabläufe mit vertrauten Spielmaterialien z.B. Autorennen fahren, Straßen bauen

0 = Ausgangslage = verhaftet in stereotypen Spielhandlungen, kein freies Explorieren; geringe Spielkontakte mit anderen Kindern

-1 = Verschlechterung = zieht sich aus allen Spielkontakten zurück, ist auf funktionelle Spielhandlungen wie Drehen, Rollen von Autoreifen, etc. fixiert

Geplante und vereinbarte Interventionen

Aufgrund der vorliegenden Problematik war zunächst eine Einzelförderung geplant mit den Schwerpunkten der Erweiterung motorischer Basiskompetenzen sowie des freieren Umgangs mit Spielmaterialien. Über die positive Rückmeldung sollte zugleich eine Stabilisierung des Selbstvertrauens stattfinden. Zu einem späteren Zeitpunkt war dann die Übernahme in eine Zweiergruppe geplant, um einen Transfer der neu gewonnen Erfahrungen auf ein anderes Handlungsfeld zu ermöglichen und zugleich soziale Kompetenzen in der Auseinandersetzung zu fördern. Die Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion in der Diagnostikphase machte es meines Erachtens notwendig, die Mutter am therapeutischen Geschehen durch Beobachtung teilhaben zu lassen. Zum einen um als Modell zu dienen, dass dem Kind durch eine klare und responsive Rückmeldung der eigenen Befindlichkeit Sicherheit gibt, zum anderen als Anregung für den Umgang mit den Spielideen von Andreas. Darüber hinaus sollte die Mutter Andreas Kompetenzen wahrnehmen, ohne die für sie möglicherweise von individueller Bedeutung seiende Notwendigkeit ein auffälliges Kind zu haben, anzugreifen. Aufgrund der intensiven verbalen Beanspruchung durch die Mutter innerhalb der vorangegangenen Stunden sollte sie das Geschehen durch die Einwegscheibe beobachten. In der Einschätzung der Schwere der Auffälligkeiten zeichnete sich eine leichte Diskrepanz zwischen der Mutter und mir ab, da Frau E. Andreas Auffälligkeiten als

gravierender erlebte und darstellte, als ich es aufgrund der Beobachtungsphase konstatierte. Ich ließ diese Diskrepanz zunächst stehen, um mir im Laufe der Therapie ein differenzierteres Bild von Andreas machen zu können, da ich auch nicht in alle Lebensfelder Einblick hatte.

Eine Beratung des Kindergartens war zu einem späteren Zeitpunkt geplant, da Andreas sich erst in der Gruppe einleben musste. Die Therapiestunde sollte 1x wöchentlich vormittags stattfinden. Ein erstes Elterngespräch zum Verlauf der Therapie sollte nach ca. 3 Monaten stattfinden. Begleitende Förderangebote waren nicht geplant, lediglich eine erneute pädaudiologische Abklärung nach einer Zeit der Stabilisierung.

2. Therapieverlaufs- und Therapieprozessdaten

Orientierungsphase

Therapeutisches Setting

Da Andreas auf dem Trampolin eine höhere motorische Aktivität und Eigenständigkeit gezeigt hatte, blieben wir zunächst in diesem Raum. Neben dem Trampolin waren Bälle, Seile, Schaumstoffteile und handmotorische Materialien vorhanden. Andreas konnte Spielanregungen annehmen und daraus zunehmend eigene Spielideen entwickeln. Zur Unterstützung seiner handmotorischen Aktivitäten, als auch zur Strukturierung von Handlungsplänen sollte er jedes neu entwickelte Spiel mit den dazugehörigen Materialien und Spielregeln aufmalen. Die so entstandene Spiellemappe diente als Vorlage für weitere Stunden als auch der Entwicklung der Ortsidentität. Andreas schien am Ende der Stunde sichtlich stolz über seine Spiele und entwickelte im weiteren Verlauf der Stunden einen großen Ehrgeiz, immer neue Spielformen und -variationen zu erfinden. Die Erweiterung der vorhandenen Spielideen ging in erster Linie von Andreas aus, der sich am Anfang der Stunde neue Geräte aussuchte bzw. die von mir angebotenen Gegenstände teilweise einbaute. Zusätzlich zur erhöhten Eigenaktivität in Bezug auf kreative Konstruktionen wurde Andreas auf dem Trampolin deutlich sicherer und probierte neue Bewegungsabläufe (Schwingen, Schaukeln, Klettern) aus. Sein bevorzugtes Spielmaterial blieben Bälle in allen Variationen, die wir mit anderen Geräten kombinieren konnten so z.B. Umwerfen von selbstgebauten Türmen, mit dem Seil über dicke Bälle schwingen, Kegeln etc.. Die Spielebene war in erster Linie ein intensives Explorieren mit Bewegung und Material, Anregungen für Rollenspiele nahm er nicht auf bzw. initiierte diese auch nicht. Gegenstände konnten jedoch symbolisch besetzt werden, so z.B. beim Krokodilspiel, bei dem ein schwingender Ball das Krokodil war, das versuchte, ihn beim Überqueren des Flusses (Trampolin) zu schnappen. Diese Spielideen des Gefangenwerdens faszinierten Andreas und er forderte sie in unterschiedlichen Ausführungen immer wieder ein. Seine erfolgreich entwickelten und durchgeführten Handlungspläne meldete ich ihm regelmäßig verbal zurück. Unsere gemeinsame Kooperation bestand im Wesentlichen aus gemeinsamem Aufbauen und Durchspielen der entwickelten Ideen.

Familiäres Setting /Situation im Kindergarten

Die Integration in den Regelkindergarten wurde von den Eltern (Mutter) und dem pädagogischen Fachpersonal sehr unterschiedlich bewertet. Die Gruppenleitung beschrieb Andreas als ein stilles, zurückhaltendes Kind, das anfänglich mit Nervosität und Angst auf neue

Situationen reagiert habe, in denen viele Personen und Stimmen auf ihn eindringen, dies jedoch nie extrem und im Laufe der Zeit rückläufig gewesen sei. Andreas habe eine feste Freundin im Kindergarten, mit der er immer gespielt und am Stuhlkreis teilgenommen habe. Frau E. fühlte sich hingegen in ihren Bedenken bestätigt, dass Andreas nicht zurechtkomme. Er sei ihrer Meinung nach oftmals nur ungern in den Kindergarten gegangen und auf dieses eine Mädchen fixiert. War dieses Kind nicht anwesend, wollte er auch nicht bleiben und spielen. Die Kindertagesituation war von häufigen Unterbrechungen geprägt, dadurch dass Andreas 1x pro Woche morgens zur Therapie kam und danach nicht mehr in den Kindergarten konnte und darüber hinaus an den Geburtstagen anderer Kinder bzw. an bestimmten Feiertagen aus Glaubensgründen vom Kindergarten fernblieb. Ein Umstand, der eine zufriedenstellende Integration und Akzeptanz von Andreas innerhalb der Kindergruppe zusätzlich erschwerte. Frau E. hatte aufgrund dieser für sie unbefriedigenden Situation das Gesundheitsamt mit der Intention eingeschaltet, Andreas in einer integrativen Einrichtung unterzubringen. Die zuständige Amtsärztin schätzte Andreas als nicht wesentlich behindert ein und riet dazu, ihn zunächst bis Ostern im Kindergarten zu belassen und dann eine erneute Kontrolle durchzuführen, um Andreas zum aktuellen Zeitpunkt (3 Monate nach Beginn des Kindergartens) einen erneuten Umgebungswechsel zu ersparen.

Unsere Einschätzung von Andreas "Behinderung" deckte sich mit jener der Amtsärztin, jedoch sahen wir den Vorteil einer integrativen Einrichtung in der kleineren Gruppe und in der Möglichkeit einer wohnortnahen therapeutischen Versorgung, so dass Andreas nicht mehr so häufig aus dem Kindergartenalltag gerissen würde.

Auseinandersetzungphase

Therapeutisches Setting

Andreas hatte seinen Handlungsspielraum deutlich erweitert, was dazu führte, dass er sich für viele neue Angebote interessierte resp. nunmehr über Strukturierungsmöglichkeiten und Kompetenzen verfügte, neue Bewegungsmuster auszuprobieren. Bei unbekannten Angeboten zeigte er mehr Ausdauer in der Erkundung und variierte Lösungswege durch Ausprobieren oder indem er seine Spielemappe als Ideenbörse heranzog. Ausgehend von seinen Spielthemen führte ich sukzessiv gezielte Angebote und Aufgaben ein, die einerseits die bis dato unberücksichtigt gebliebenen Handlungsräume ansprachen und zum anderen der gezielten Förderung seiner sequentiellen Leistungen dienten. Zu Beginn dieser Phase war Andreas erfreulich offen und motiviert, so dass eine Stundenstruktur entstand, in der

ich Materialien und Aufgabenstellungen vorgeben konnte, aus denen sich dann weitere Ideen entwickelten. Die Erweiterung seiner Handlungskompetenzen sowie sein zunehmendes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, einhergehend mit einer großen Handlungsmotivation sowie Ausdauer bei schwierigen Problemen waren eine wesentliche Voraussetzung für den Übergang in eine Kleingruppe. Die zentrale Intention für eine Gruppenbehandlung war, ihm ein gleichaltriges Modell zu bieten, das ihm adäquate Spiel- und Bewegungsanreize setzte und zugleich die soziale Interaktion fördern würde.

Nach ca. fünf bis sechs Stunden veränderte sich die Situation jedoch dahingehend, dass Andreas wieder vermehrt Verweigerungstendenzen zeigte. Er lehnte konkrete Aufgaben ab, zog sich zurück und verweigerte die weitere Mitarbeit oder er wich in andere Spielideen aus. Auf der Handlungsebene blieb der Rückschritt auf vergangene Strukturen, in denen Andreas das Ausmaß der Einmischung meinerseits bestimmt hatte. Für mich war zunächst die Ursache seines regredierenden Verhaltens nicht eindeutig. Möglicherweise war er der Konfrontation mit den Anforderungen in der Therapie noch nicht gewachsen oder er wollte noch keinen Wechsel von der Einzel- zur Gruppentherapie. Aus den begleitenden Gesprächen mit der Mutter gab es allerdings Hinweise auf Ursachen für die veränderten Verhaltensweisen, die im außertherapeutischen Rahmen anzusiedeln waren.

Familiäres Setting /Situation im Kindergarten

Die intensiven Bemühungen der Mutter um eine Veränderung der Kindertagesituation mündeten darin, dass Andreas nach 7 Monaten im Regelkindergarten in eine integrative Einrichtung wechselte. Das therapeutische Angebot im Kindergarten sah ein Mal pro Woche Psychomotorik bei einer Krankengymnastin und ein Mal pro Woche Ergotherapie vor. Parallel zum Kindergartenwechsel stand ein Umzug der Familie in eine größere Wohnung in einen anderen Stadtteil an.

Mit dem Wechsel in die integrative Einrichtung war ursprünglich die Beendigung der Therapie in unserem Hause und die Weiterführung vor Ort geplant gewesen. Aufgrund der vielfältigen Veränderungen und auf Wunsch der Eltern vereinbarten wir, die Therapie bei uns bis zu den Osterferien fortzusetzen, um für Andreas eine Kontinuität in diesem für ihn wichtigen Lebensbereich aufrecht zu erhalten. Danach sollte nur die Therapie im Kindergarten weitergeführt werden.

Bereits 7 Wochen nach dem Wechsel in die integrative Einrichtung meldeten die Eltern zurück, dass sie sehr unzufrieden mit dem Kindergarten seien und überlegten, Andreas wieder in den alten Kindergarten zurückzugeben. Eine Möglichkeit, die sich allerdings aufgrund eines fehlenden Platzes nicht realisieren ließ. Das pädagogische Fachpersonal der

integrativen Einrichtung seinerseits meldete zurück, dass Andreas im Kindergarten unauffällig sei und lediglich Zeit und Ruhe brauche, um sich einzuleben. Die ursprünglich im Kindergarten geplante psychomotorische Förderung wurde aus organisatorischen Gründen in die Praxis der Krankengymnastin verlegt, so dass ein zusätzlicher Termin wahrgenommen werden musste. Da die Mutter mit den Räumlichkeiten für die psychomotorische Förderung nicht zufrieden war und Andreas die Mitarbeit verweigerte, bat sie um eine langfristige Fortsetzung in unserem Haus. Vor allem da die Eltern darüber nachdachten, aufgrund der aus ihrer Sicht unbefriedigenden Gesamtsituation Andreas ganz aus dem Kindergarten zu nehmen und nur noch die Therapie weiterlaufen zu lassen.

Die vielfältigen Wechsel in der Lebensumwelt von Andreas wie auch die atmosphärisch spürbare Unzufriedenheit der Eltern mit der aktuellen Situation machten aus unserer Sicht eine Helferkonferenz erforderlich, um die bislang nur über die Eltern vermittelten Informationen direkt mit den beteiligten Parteien auszutauschen und die etwas diffuse und häufig wechselnde Betreuungssituation im pädagogischen wie therapeutischen Bereich mit allen involvierten Fachkräften abzusprechen und in gemeinsame Bahnen zu lenken. Die Eltern waren von einem gemeinsamen Gespräch begeistert und unterstützen die Termingestaltung.

Helferkonferenz

Bei der Helferkonferenz anwesend waren die zuständige Gruppenleiterin des integrativen Kindergartens, die Krankengymnastin, Frau E., unsere Kinderärztin und ich. Der Austausch über Andreas in unterschiedlichen Wachstumsfeldern ergab ein sehr einheitliches Bild von einem Kind, das sich zunächst in unbekannten Situationen ängstlich und zurückhaltend verhielt, mit zunehmender Vertrautheit jedoch aufgeschlossener und zugänglicher wurde. Andreas benötigte konstante Bezugspersonen und einen festen Rahmen, um sich sicher und wohl zu fühlen. In Kontakten mit anderen Kindern verhielt er sich eher zurückhaltend, baute jedoch zu einzelnen Kindern dauerhafte Beziehungen auf. Seine Beteiligung an Gruppenaktivitäten wurde deutlich durch seine eigene Sicherheit und sein Selbstvertrauen bestimmt und variierte je nach Anforderungssituation.

Bei allen beteiligten Fachkräften herrschte Konsens darüber, dass Andreas in erster Linie Ruhe und eine konstante Betreuung benötigte und weitere Wechsel oder Veränderungen möglichst minimiert werden sollten. Demzufolge war der Verbleib in der angestammten Kindergartengruppe bis zum Schuleintritt im kommenden Jahr angestrebt. Das therapeutische Angebot sollte im Kindergarten bedarfsorientiert Ergotherapie sein, sofern Andreas

dafür nicht aus dem Spielgeschehen gerissen würde. Zusätzlich sollte die psychomotorische Entwicklungstherapie in unserem Haus fortgesetzt werden. Da die integrative Einrichtung eine Ganztagesbetreuung vorsah, konnte Andreas nach der Therapie am Vormittag noch in den Kindergarten gehen.

Die Klärung der Gesamtsituation führte in den folgenden Wochen zu einer raschen Stabilisierung von Andreas, so dass der Übergang in eine Kleingruppe vorgesehen wurde.

Erweiterungsphase

Für die Kleingruppe stand ein gleichaltriger Junge zur Verfügung, der wegen eines elektiven Mutismus in unserer Einrichtung vorgestellt wurde (ausführlicher siehe Fallbeispiel Levin). Er schien mir für die Arbeit mit Andreas geeignet, da er einerseits nicht so dominant war und Andreas Raum zum Agieren gab, andererseits spontan auf neue Angebote zuging und für Andreas als Modell dienen konnte.

Die erste gemeinsame Stunde war durch gegenseitiges vorsichtiges Abtasten gekennzeichnet. Im Trampolinraum begrüßte Andreas Levin kurz und spielte für sich alleine weiter. Levin wollte die von Andreas ausgeführten Spiel- und Bewegungsformen auf dem Trampolin ebenfalls ausprobieren und wandte sich an mich, um seine Ideen umzusetzen. Während dieser Stunde war Andreas sehr aktiv, realisierte viele Ideen auf dem Trampolin, forderte Levin jedoch nicht auf aktiv teilzunehmen. Levin seinerseits beobachtete viel und führte die für ihn interessanten Aktivitäten ebenfalls aus. Andreas wartete ab wenn Levin dran war, kommentierte dies jedoch nicht. Gegen Ende der Stunde ließen sich beide Jungen auf ein gemeinsames Spiel ein, ohne näher in Kontakt zu treten. Meine Frage, ob sie beide gemeinsam das nächste Mal kommen wollten, bejahten beide ohne Zögern.

Die nachfolgenden Stunden waren inhaltlich schwerpunktmäßig durch die Erweiterung der motorischen Kompetenzen mit unterschiedlichen Geräten (Schaukeln, Rutschen, Seile, Rollbretter etc.) gekennzeichnet. Die intendierte Modellfunktion realisierte sich in dieser Phase sehr intensiv. Während sich Levin am Anfang stets sehr langsam umzog, ging Andreas interessiert auf die Angebote zu und probierte aus. Levin benötigte diese kurze Beobachtungsphase, um dann selber aktiv einzusteigen. Wenn Andreas in seinem Handlungsrahmen verhaftet blieb, regte Levin neue Spielformen an, die Andreas gerne aufnahm und die als Basis gemeinsamer Spielideen dienten. Andreas war insgesamt der Mutigere, der durch Levins Vorgaben sein Repertoire erweitern konnte und positive Rückmeldung und Bewunderung für seine Aktivitäten bekam.

Die zweite Phase der Gruppentherapie erfolgte schwerpunktmäßig unter dem Ziel der För-

derung sozialer Kompetenzen mit besonderer Gewichtung darauf Absprachen einzuhalten, eigene Bedürfnisse zu formulieren und Konflikte auszutragen. Nach zunächst von mir angeleiteten Spielen konnte bzw. durfte jedes Kind einen Teil der Stunde planen (Förderung Handlungsplanung). Die Kinder hatten die Aufgabe, ihre Ideen zu formulieren und zugleich die Rolle des Partners zu beschreiben, der seinerseits seine Zufriedenheit oder Unzufriedenheit darüber äußern und Alternativen vorschlagen durfte.

Andreas war in dieser Gruppenkonstellation der aktivere Part, der Kontakt zu Levin aufnahm und ihn zum konkreten Mitspielen aufforderte. Beide Kinder hatten einen freundlich distanzierten Kontakt zueinander. Ihre Spielaktionen waren entweder durch gemeinsames Handeln oder durch den Rückzug eines Kindes aus dem Spielgeschehen bestimmt, so dass Auseinandersetzungen weitestgehend vermieden wurden. Im weiteren Verlauf der Stunden versuchte ich durch kurze Reflexionsphasen nach dem Rückzug eines Kindes, die Ursachen (*So will ich das nicht spielen*) herauszufiltern und gemeinsam Lösungswege zu erarbeiten. Sukzessiv übernahmen die Kinder dieses Modell und formulierten, wenn auch sehr zaghaft, ihre eigenen Bedürfnisse gegenüber dem Spielpartner. Parallel äußerte Andreas den Wunsch auch in seiner Freizeit mit Levin spielen zu wollen, ein Vorschlag, der von Andreas Mutter gerne aufgenommen wurde. Aufgrund der räumlichen Entfernung der Wohnorte sowie der begrenzten Bereitschaft von Levins Eltern fanden nur zwei private Kontakte statt.

Nach einem halben Jahr Gruppentherapie beendeten Levins Eltern die Therapie, so dass für Andreas neue Entscheidungen über das weitere Vorgehen getroffen werden mussten. In einem gemeinsamen Gespräch wertete Familie E. Andreas Entwicklung als sehr positiv. Sie sahen deutliche Fortschritte in seinen motorischen Kompetenzen, seinem Zutrauen in die eigene Leistungsfähigkeit als auch in begrenztem Maße im Umgang mit anderen Kindern. Da Andreas sich mittlerweile gerne bewegte und auch auf andere Kinder mit Interesse reagierte, wollte die Mutter ihn in einer Sportgruppe anmelden, die auf Vereinsebene psychomotorische Förderung anbot. Die Kindergartensituation wurde von den Eltern nach wie vor als nicht zufriedenstellend betrachtet, da aufgrund einer konzeptionellen Umstrukturierung nunmehr eher gruppenübergreifend gearbeitet wurde und ihrer Meinung nach die klaren Strukturen und die individuelle Förderung des Kindes nicht mehr optimal gewährleistet waren. Seitens des Kindergartens waren die Rückmeldungen jedoch positiv, Andreas habe sich gut integriert, habe Kontakte zu anderen Kindern und beteilige sich aktiv an den gemeinsamen Angeboten des Kindergartens. Eigentlich sei er zu gut für die Gruppe, aber aufgrund seines doch etwas scheuen Verhaltens sei er dort richtig plazierte.

Für den therapeutischen Bereich stellte sich die Frage nach der Notwendigkeit und dem Schwerpunkt der weiteren Versorgung. Eine Fortsetzung der Therapie war nur noch bis zur Einschulung (in ca. 6 Monaten) geplant. Da zum damaligen Zeitpunkt kein ideales Gruppenkind zur Verfügung stand, wurde mit den Eltern vereinbart, die Therapie als Einzelförderung weiterzuführen. Da der Aufbau sozialer Kontakte gut angelaufen war, konnte eine neue Zielausrichtung angestrebt werden. Für das verbleibende halbe Jahr standen insbesondere die für den schulischen Bereich erforderlichen Kompetenzen im Vordergrund. Als inhaltliche Schwerpunkte wurden die Verbesserung der graphomotorischen Fähigkeiten sowie die weitere Förderung der Handlungsplanung angestrebt. Zudem war in Bezug auf die anstehende Einschulung eine psychologische Untersuchung in unserem Haus vorgesehen.

Übertragungsphase

Therapeutisches Setting

Andreas zeigte sich verwirrt und enttäuscht darüber, dass Levin nicht mehr dabei war, zumal aufgrund des plötzlichen Therapieendes kein gemeinsamer Abschluss realisiert werden konnte. Nach der anfänglichen Unsicherheit genoss Andreas die neue Situation und explorierte intensiv. Der inhaltliche Schwerpunkt lag in dieser Phase in der Konstruktion und im Bau von Gegenständen. Andreas war sehr an handwerklichen Dingen interessiert und da der Vater sich selber als handwerklich ungeschickt beschrieb, konnte er Andreas in diesem Bereich nicht viel anbieten. Wir arbeiteten vorwiegend im Werkraum, wo Andreas Baupläne für Schiffe, Flugzeuge und Drachen entwickelte und zeichnete, die wir dann aus Holz und Stoff selber herstellten und auch ausprobierten. Andreas war während dieser Phase sehr konzentriert und ausdauernd bei der jeweiligen Aufgabe. Vorausgegangene Erfahrungen konnte er bei der Konstruktion neuer Modelle gut einsetzen, neue Probleme löste er sowohl über antizipatorische Lösungswege als auch über Versuch-Irrtum. Aus therapeutischer Sicht hatte Andreas sich zu einem selbständigen, motivierten und interessierten Kind entwickelt, das seine eigenen Ideen umsetzen konnte. Abweichend dazu standen die Aussagen der Mutter, die im häuslichen Rahmen immer noch massive Auffälligkeiten trotz einer insgesamt positiven Veränderung sah.

Familiäres Setting/Kindergarten

Die Mutter berichtete nach anfänglicher Begeisterung über das Kinderturnen, dass Andreas nach ca. 3 Monaten nun nicht mehr dort hingehet. Die Gruppen seien vergrößert worden und seitdem habe Andreas nicht mehr alles mitgemacht. Die Übungsleiterin habe die an-

wesende Mutter darauf hin aufgefordert, wenn Andreas nicht mitmache, doch mit ihm so lange rauszugehen. Die Mutter wollte aber für diese unregelmäßige Teilnahme den Vereinsbeitrag nicht leisten und hatte ganz aufgehört. Die Kindergartensituation sei nach wie vor nicht zufriedenstellend, sie habe aber gehört, dass in seinem alten Kindergarten wieder ein Platz frei sei und überlegte, ob sie Andreas nicht noch bis zur Einschulung wieder in die alte Gruppe zurückgebe, ein Ansinnen, das wir aus fachlicher Sicht ablehnten. In Bezug auf die anstehende Einschulung sahen die Eltern die Prognose etwas unterschiedlich; während Herr E. aufgrund der positiven Entwicklung wenig Probleme erwartete, befürchtete Frau E. große Schwierigkeiten bei der Integration in die neue Gruppe und Andreas Bereitschaft sich mit den Anforderungen in der Schule auseinanderzusetzen. Zu Hause habe sich auch die Geräuschempfindlichkeit wieder massiv verstärkt, Andreas reagiere auf alle Geräusche panisch, gehe nicht allein ins Badezimmer, in dem der Ventilator anlaufe, wenn man das Licht einschalte. Während die Mutter von diesen Ereignissen berichtete, experimentierte Andreas fast zum Trotz laut mit Instrumenten im Therapieraum und forderte mich zu einem Spiel mit Klängen auf.

Die sich durch die gesamte Therapiephase durchziehende unterschiedliche Bewertung von Andreas Auffälligkeiten sowie die häufigen Wechsel in den Bezugssystemen von Andreas (Kindergarten, Sportverein) verstärkten die Vermutung, dass familiäre resp. intrapsychische Gründe auf Seiten der Mutter dafür sorgten, dass Andreas primär Symptomträger bleiben musste und eine Vielzahl fachlicher Stellen immer wieder in das System Familie einbezogen wurde. Aus diesem Grund wurde der Familie der Vorschlag gemacht, die psychologische Diagnostik im stationären Rahmen durchzuführen, um ein komplexeres Bild von Andreas zu erhalten und zugleich mögliche Ursachen für die unterschiedlich beobachteten Verhaltensweisen herauszufinden. Da die Eltern sehr um Andreas weitere Zukunft besorgt waren, stimmten sie nach anfänglichem Zögern der stationären Aufnahme zu, obgleich die Mutter prophezeite, dass Andreas nicht alleine in der fremden Umgebung bleiben würde.

Stationäre Aufnahme

Die stationäre Aufnahme erfolgte für den Zeitraum von drei Wochen. Die Eltern wünschten eine umfassende kinderneurologische und neuropsychologische Einschätzung, insbesondere eine ursächliche Zuordnung zu etwaigen organischen oder psychischen Faktoren. Zudem erwarteten sie eine Beratung zum erzieherischen Umgang mit dem Kind, da An-

dreas zu Hause auf Wünsche der Eltern mit Anzeichen von Unverständnis und wiederkehrend mit anhaltend trotzig-verärgertem oder boykottierendem Verhalten reagierte. Im Vordergrund stand die Empfehlung für eine geeignete Schulform. Die Eltern hatten bereits einen Antrag auf sonderpädagogischen Förderbedarf gestellt und aufgrund der ihrer Meinung nach vorliegenden Hörproblematik (Geräuschempfindlichkeit und z.T. unzureichende Reaktion auf sprachliche Äußerungen der Eltern) Kontakt zu einer Schule für Schwerhörige aufgenommen.

Neurologisch-motoskopischer/psychologischer Befund

Die durchgeführte umfassende Diagnostik ergab keinen Hinweis auf eine hirnorganische Vorschädigung oder Erkrankung, auf ein syndromales Störungsbild auf genetischer Ursache oder auf ein epileptogenes Störungsbild. Eine periphere Hörstörung konnte ausgeschlossen werden, Hinweise auf eine zentral-auditive Reizverarbeitungsstörung gab es nicht. Eine möglicherweise bestehende intermittierende Reizoffenheit mit den anamnestisch beschriebenen Irritationen durch akustische Reize wurde im Sinn eines Restzustandes einer allgemeinen Filterschwäche besonders in situativen Übergängen gewertet.

Die psychologische Diagnostik ergab eine normale Intelligenz ohne Anhalt für genuine Teilleistungsstörungen. Schwächen bestanden in der Aneignung verbaler abstrakter Kenntnisse und Fähigkeiten. Die erlernten und edukativ bedingten agierenden und verweigernden Verhaltensweisen in Leistungssituationen dürften eine Teilnahme am Unterricht der Regelschule erschweren. Da keine Hinweise auf das Vorliegen einer schweren Beeinträchtigung der Hörwahrnehmung vorlagen, wurde vom Besuch der Schwerhörigenschule abgeraten und die Teilnahme am gemeinsamen Unterricht als zu integrierendes Kind empfohlen. Darüber hinaus wurde die Kontaktaufnahme zur örtlichen Erziehungsberatungsstelle angeregt, da Andreas Sonderrolle als "schwieriges, entwicklungsauffälliges" Kind, das immer wieder Anlaß zu Kontakten mit entsprechenden Institutionen gegeben hatte, innerhalb der Familie einen Freiraum für Verhaltensweisen ergab, welche die Eltern zwar als kränkend und ärgerlich erlebten, sie daraus aber keine erzieherischen Konsequenzen zogen.

Abschlussphase

Therapeutisches Setting

Mit der anstehenden Einschulung sollte die Therapie im Kinderneurologischen Zentrum beendet werden, da die intendierten Ziele erreicht werden konnten und aufgrund der komplexen Familienproblematik eine Veränderung der Restsymptomatik nicht zu erwarten

war. Mit Andreas besprach ich das Ende der Therapie und anhand der Spielesammlung betrachteten wir die Verläufe des zurückliegenden Jahres. Andreas war ein wenig enttäuscht darüber, dass er nicht mehr kommen konnte, freute sich zugleich aber auf die Schule und zeigte Verständnis dafür, dass er dann andere Aufgaben hätte. In der letzten Stunde wiederholte er alte Spiele, die wir in zum Teil veränderter Form nachspielten. Zum Abschluss erfolgte eine erneute Diagnostik mit den eingangs durchgeführten Verfahren.

3. Daten zum Ende der Therapie

Therapeutischer Verlaufsbefund

Beginn

der Therapie: 20.8.97

Anzahl

der Therapien: 1x wöchentlich

Art der Behandlung:

Einzelförderung 8'97 bis 3'98

Gruppenförderung 4'98 bis 10'98

Einzelförderung 11'98 bis 6'99

Vorstellungsgrund:

Verweigerung in Leistungssituationen

Motorische Probleme

Förderansatz:

Förderung motorischer Basiskompetenzen

Förderung eigener Wirksamkeitserfahrungen

Stärkung des Selbstvertrauens

Aufbau sozialer Kompetenzen

Verlauf

Motorik/Wahrnehmung

Andreas hatte im Verlauf der Therapie sein Bewegungsrepertoire deutlich erweitern können. Er bewegte sich nunmehr sicher auf allen Geräten des Spielplatzes, fuhr Fahrrad mit Stützrädern. Qualitativ zeigte sich in der Alltagsmotorik eine deutliche Verbesserung der sequentiell-motorischen Leistungen, bei neuen und komplexen koordinativen Anforderungen wurden noch Probleme in der raum-zeitlichen Koordination sichtbar. Die ehemals taktil-kinästhetische Empfindlichkeit gegenüber bestimmten Materialien wie Matsch, Creme war nicht mehr vorhanden. Andreas war ein bewegungsfreudiges aktives Kind, das sich in seiner Umgebung vielfältige Bewegungsanlässe suchte und explorativ erkundete.

Handmotorik

Eindeutige Handedominanz rechts bei guter Unterstützung der linken Hand als Hilfsband. Bei graphomotorischen Aktivitäten leichte Tonusregulationsprobleme. Der Stift wurde in der normalen Stifthaltung gehalten, allerdings noch recht hoch angesetzt und mit geringem Krafteinsatz. Eine Schreibhilfe zur Unterstützung der Stifthaltung verbesserte die Stiftführung eindeutig.

Spiel

Andreas hantierte gerne mit Materialien und war sehr an deren Funktionen interessiert. Im Verlauf der Therapie entwickelte er kleine Spielhandlungen, insbesondere mit Konstruktionsspielen und Bausätzen. In der Kleingruppe konnte er Spielregeln formulieren und auch einhalten. Spezifische Spielthemen waren eher Konstruktionsspiele, weniger Rollen- und Symbolspiele.

Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich

Im therapeutischen Rahmen ließ Andreas sich auf die angebotenen Materialien und Bewegungsanlässe sowie auf konkrete Anforderungen ein. Andreas war durchgehend sehr motiviert und konnte sich ausdauernd mit selbstgewählten Spielangeboten beschäftigen.

Intellektuelle Fähigkeiten

Sein Aufgabenverständnis bei rein verbaler Vermittlung war nicht immer adäquat, die Umwelterfassung altersgerecht.

Sozialverhalten

In der Kleingruppe nahm er offen, freundlich distanziert Kontakt zum anderen Kind auf und hatte ein reges Mitteilungsbedürfnis. Andreas war wenig konfliktfreudig und reagierte auf Konflikte vorwiegend mit Rückzug weniger mit Auseinandersetzung.

Motoriktest für 4 bis 6 Jährige (MOT)

Untersuchung vom 24.9.97

MQ: 95 PR: 32

Untersuchung vom 23.6.99

MQ: 107 PR: 66

Trapolinscreeningtest (TST)

Gleichmäßiger, dynamischer gut koordinierter Sprung, es waren keine Seitdifferenzen mehr zu beobachten. Andreas konnte inzwischen verschiedene Sprungkombinationen (Sitz-, Hock-, Grätschsprung), die er sicher beherrschte.

Fragebogen zur Erfassung internaler und externaler Kontrollüberzeugungen

Die erneute Befragung von Andreas ergab eine eindeutige Entwicklung von der ehemals stark externalen Ausrichtung hin zu einer deutlich internaleren Ausrichtung bei positiven Ereignissen (8 Items interne KÜ/ 3 Items externe KÜ) und einer ausgewogenen Ursachenzuschreibung für Mißerfolge (6 interne Items/5 externe Items).

In Anlehnung dazu ergab die Befragung zur Selbstwahrnehmung eine Steigerung des Selbstwertgefühls und in extremen Ausmaß der Selbständigkeit. Die größere Selbständig-

keit ergab sich einerseits aus der entwicklungsbedingten Erweiterung der angesprochenen Handlungskompetenzen (Butterbrot schmieren, alleine baden) zum anderen aber auch aus der von Andreas erlebten zunehmend eigenständigen Lösungsmöglichkeit bei anstehenden Problemen zu Hause und im Kindergarten.

Zielerreichungsskala

Ziel Nr. 1: Verringerung der Verweigerungstendenzen bei Anforderungen (Steigerung des Selbstvertrauens)			
4 = 100% = sucht sich eigenständig neue Aufgaben, erfüllt externe Anforderungen			4
3 = 75% = lässt sich auf Anforderungen Dritter ein und probiert aus		3	
2 = 50% = sucht sich aus einem vorgegebenen Rahmen neue Angebote und exploriert	2		
1 = 25% = lässt Veränderungen im Spielablauf und in der Spielhandlung von außen zu			
0 = Ausgangslage = zieht sich bei Anforderungen zurück; zeigt kein Interesse an neuen Herausforderungen			
-1 = Verschlechterung = verweigert bekannte Spielangeboten; ist auf eine Spielidee fixiert			
Datum:	5'98	2'99	6'99

Ziel Nr. 2: Erweiterung der motorischen Kompetenzen			
4 = 100% = setzt verschiedene Bewegungsabläufe ein, die ein Kinderalltag bietet: Klettern, Rutschen, Schaukeln, Radfahren; größere Bewegungssicherheit			4
3 = 75% = probiert selbständig verschiedene Abläufen auf dem Spielplatz, im Wald etc. aus		3	
2 = 50% = nimmt Variationen der vorhandenen Bewegungsabläufe an und probiert aus	2		
1 = 25% = probiert neue Bewegungsabläufe (Klettern, Rutschen, Schaukeln) unter Anleitung aus			
0 = Ausgangslage = beschränkt motorische Kompetenzen auf Gehen, Laufen, Hüpfen, handmotorische Aktivitäten (Malen, Autoräder drehen)			
-1 = Verschlechterung = verweigert vertraute motorische Muster im Alltag			
Datum:	5'98	2'99	6'99

Ziel Nr. 3: Erweiterung des Spielrepertoires auch gemeinsame Spiele mit anderen Kindern			
4 = 100% = sucht sich konstruktive Spiele (Bauen mit Lego/Duplo); Symbol-/ Rollenspiele mit anderen Kindern			4
3 = 75% = plant und führt eigene Spielideen durch, integriert andere Personen ins Spiel		3	
2 = 50% = zeigt Interesse an neuem Spielmaterial, exploriert damit	2		
1 = 25% = variiert die Spielabläufe mit vertrauten Spielmaterialien z.B. Autorennen fahren, Straßen bauen			

0 = Ausgangslage = verhaftet in stereotypen Spielhandlungen, kein freies Explorieren; geringe Spielkontakte mit anderen Kindern			
-1 = Verschlechterung = zieht sich aus allen Spielkontakten zurück, ist auf funktionelle Spielhandlungen wie Drehen, Rollen von Autoreifen, etc. fixiert			
Datum:	5'98	2'99	6'99

Gesamt- Zielerreichungs- Skala (Gesamtpunkte geteilt durch Anzahl der Ziele)			
4 = 100% =			4
3 = 75% =		3	
2 = 50% =	2		
1 = 25% =			
0 = Ausgangslage =			
-1 = Verschlechterung =			
Datum:	5'98	2'99	6'99

Beurteilung

Die Therapie verlief über knapp zwei Jahre mit insgesamt 72 Kontakten (67 Kinderkontakte, 5 Familien-/Kindergartenkontakte). Andreas kam 1x/wöchentlich für 45 Minuten zur Therapie. Das therapeutische Procedere wurde zunächst als Einzelförderung durchgeführt, mit der Intention Andreas eigene Kompetenzen im Bewegungsspiel zu stärken, sein Handlungsrepertoire durch Hinzunahme neuer Materialien und Spielanregungen zu erweitern und zugleich seine Angst vor Versagen durch eigene Wirksamkeitserfahrungen zu verringern. Begleitend beobachtete die Mutter die Therapie durch die Einwegscheibe, um einerseits Andreas Stärken wahrzunehmen und andererseits für kritische Situationen im Umgang mit ihm Lösungsmöglichkeiten zu erfahren. Nach der Stunde fand jeweils ein kurzer Austausch sowie in regelmäßigen Abständen ein ausführliches Elterngespräch statt. Die begleitende Elternberatung war durch zwei Punkte charakterisiert: einerseits fühlte sich Frau E. angenommen und nutzte die Kontakte hier, um nicht nur über Andreas, sondern auch viel über sich zu berichten. Dabei wurde deutlich, dass sie in ihrer Lebenssituation nicht zufrieden war und sich auch durch die Zugehörigkeit zur Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas Konflikte ergaben. Sie wertete die therapeutische Arbeit und den Erfolg der Intervention als sehr positiv. Andererseits folgten auf Entwicklungsfortschritte immer wieder neue Probleme, die eine Fortsetzung der Therapie und oftmals auch die Einbeziehung anderer Institutionen aus Sicht der Eltern erforderlich machten. Die vorherige Festlegung der Therapieziele erleichterte in diesem Fall die Eingrenzung der für den psychomotorischen Bereich intendierten und realisierbaren Ziele und die Gefahr eines Aufbaus immer neuer Forderungen. Zugleich wurde aber deutlich, dass Andreas als entwick-

lungsauffälliges Kind in dieser Familie eine systemrelevante Funktion hatte, die nicht aufgegeben werden konnte. Aus therapeutischer Sicht bedeutete dies, dass unter den gegebenen Umständen eine weitere unauffällige Entwicklung von Andreas nicht gewährleistet sein konnte, statt dessen immer wieder andere Probleme benannt werden würden. Desweiteren war abzusehen, dass die Effekte und Veränderungen, die im therapeutischen Rahmen zu beobachten waren, nur in begrenztem Maße auf das außertherapeutische Lebensfeld übertragen werden konnten, da familiendynamische Strömungen dafür sorgten, dass Andreas der Symptomträger blieb. Unter familiendynamischer Perspektive erschien ein "Krankheitsgewinn" des familiären Systems durch eine familiär fortgeschriebene Pathologisierung des Kindes mit Vorstellung von Andreas als Symptomträger in weiteren betreuenden und beratenden Institutionen als möglich. Dieser als Interaktionsstörung mit Ähnlichkeiten zu einem Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom zu verstehenden Mechanismus wäre am ehesten durch eine familientherapeutische Intervention zu beeinflussen.

Andreas selbst wurde in der Einzelförderung zunehmend sicherer und kam aus seinem Schneckenhäuschen heraus, interessierte sich für neue Angebote und ließ sich auf konkrete Spiel- und Bewegungsaufgaben ein. Bei Schwierigkeiten suchte er vermehrt eigene Lösungswege und konnte seine Handlungspläne strukturieren. Einbrüche oder Stagnationen im Entwicklungsverlauf zeigten sich vorrangig zu den Zeiten, in denen in anderen Wachstumsfeldern Unruhe und Veränderungen stattfanden (Kindergartenwechsel, Therapiewechsel, Umzug der Familie, Unzufriedenheit der Eltern mit dem Kindergarten).

Die Gruppenförderung mit einem anderen Kind stabilisierte seine veränderte Selbstwahrnehmung im Hinblick auf die eigenen Kompetenzen und er konnte neue Erfahrungen im sozialen Kontakt sammeln. In der ausgewählten Konstellation war Andreas erstmals nicht der Mitläufer sondern der aktive Part, der Spiele initiierte und einen Spielpartner integrieren konnte. Neben den positiven Erfahrungen gemeinsamer Handlungen und gegenseitiger Unterstützung lernte Andreas auch Konflikte selbständig und konstruktiv zu lösen. Das Ende der Gruppenförderung durch den Weggang des anderen Kindes stimmte Andreas zunächst traurig, zumal er erneut einen Beziehungsabbruch erlebte, im Weiteren konnte er aber die Einzelförderung für sich nutzen, seine spezifischen Interessen und Neigungen ausleben.

Das Therapieende erfolgte in Absprache mit den Eltern und Andreas. Nach den Sommerferien stand der Wechsel vom Kindergarten in die Schule an. Die Eltern hatten durch die Beantragung sonderpädagogischen Förderbedarfs die Einschulung in eine heilpädagogi-

sche Tagesschule erreichen können. Diese Schule hatte den Vorteil, dass sie mit kleinen Klassen arbeitete, die Lehrer therapeutisch vorgebildet waren und der strukturierte Tagesablauf inklusive Hausaufgabenbetreuung die familiäre Situation entlastete. Zugleich bot die angegliederte psychologische Beratungsstelle die Möglichkeit einer begleitenden Betreuung der gesamten Familie. Obgleich aus unserer Sicht die Zuordnung zu dieser Schule die Pathologisierung des Kindes weiterhin stützte, schienen die Rahmenbedingungen (kleine Klassen) und insbesondere das geschulte Fachpersonal (Lehrer und Psychologen) geeignet, die besondere Situation von Andreas und seiner Familie adäquat zu analysieren und handelnd tätig zu werden.

Katamnestische Daten

Seit Sommer 1999 besuchte Andreas eine heilpädagogische Tagesschule. Im Sommer 2000 kam Andreas auf meine Einladung mit seiner Mutter zu einem Besuch in unsere Einrichtung. Frau E. berichtete, dass Andreas sich schon sehr darauf gefreut habe und gerne gekommen sei. Auf der Fahrt habe er schon überlegt, was er alles machen könnte und habe noch viele Ideen parat gehabt. Andreas wirkte freundlich offen und ging ohne Scheu in die Räumlichkeiten; er fragte mich direkt ob er auf das Trampolin dürfe. Andreas war sehr bewegungsfreudig, nahm interessiert Veränderungen und neue Geräte zur Kenntnis und wünschte auch, sie auszuprobieren. Im gemeinsamen Gespräch berichtete er, dass er gerne zur Schule gehe, dort Freunde habe und auch nette Lehrer. Am liebsten rechne er, Schreiben und Lesen mache er nicht so gerne. Andreas wirkte zufrieden und aufgeschlossen. Die Mutter bestätigte die positive Entwicklung in der Schule. Es zeige sich jedoch, dass Andreas Probleme im Schrift- und Lautspracherwerb habe, aufgrund dessen man eine weitere Diagnostik zur Überprüfung einer Lese-/Rechtschreibschwäche anstrebe. Die Lehrer seien sehr zufrieden mit Andreas, sie meinten sogar, dass er eigentlich zu gut für diese Schule sei, keine Auffälligkeiten zeige und daher eine Umschulung in die Regelgrundschule anstünde. Da die Eltern mit der Beschulung sehr zufrieden waren, wollten sie alles daran setzen, Andreas für ein weiteres Jahr dort unterrichten zu lassen. Frau E. sah den positiven schulischen Verlauf ursächlich in der Schul- und Unterrichtsform begründet, weniger in den Entwicklungsfortschritten von Andreas, so dass sie weiterhin grosse Sorgen hatte, wie Andreas im Regelbereich mit vielen Klassenkameraden zurechtkommen könnte.

Frau E. hatte ihrerseits die verbliebene freie Zeit genutzt, um sich einen Job zu suchen. Seit dem Schuljahresbeginn arbeitete sie als pädagogische Betreuerin in der Mittagsbetreuung einer Grundschule. Sie war sehr stolz darauf, pädagogisch arbeiten zu können und auch

viel positive Rückmeldung von den Lehrern zu bekommen, die sie nach eigenen Angaben als engagierte pädagogische Kraft lobten. Sie wertete dies für sich insbesondere positiv im Hinblick auf die eigene Erziehungskompetenz, die ja "*oftmals angezweifelt wurde*".

Unter den gegebenen Umständen hat Andreas sich sehr positiv entwickelt und es bleibt zu hoffen, dass er auch den Übergang in die Regelschule weiterhin erfolgreich bewältigen wird.

11.2. Fallbeispiel Levin

1. Daten zu Beginn der Therapie

Persondaten

Levin wurde im Alter von 5;6 Jahren wegen eines bestehenden elektiven Mutismus und Verweigerung des Kindergartenbesuches im Kinderneurologischen Zentrum vorgestellt. Aufgrund der umfassenden Problematik erfolgte eine stationäre Aufnahme zur Abklärung.

Anamnestiche Daten

Levin war das erste von drei Kindern. Bei der Mutter lag ein Typ 1 Diabetes mellitus¹⁶² vor. Während der Schwangerschaft hatte sie hypoklykämische¹⁶³ Stoffwechselentgleisungen mit Bewußtlosigkeit und cerebralen Anfällen sowie eine Gestosesymptomatik¹⁶⁴ bei sonst ungestörtem Schwangerschaftsverlauf. Die Geburt erfolgte termingerecht per Kaiserschnitt wegen doppelter Nabelschnurumschlingung ohne peripartale Asphyxie¹⁶⁵. Apgar Werte 9/10. Nach der Geburt wurde Levin in den ersten 14 Lebenstagen wegen mehrerer Hypoglykämien ohne begleitende neurologische Symptome in der Kinderklinik betreut. Die motorische Entwicklung im ersten Lebensjahr verlief zeitgerecht, im Kleinkindalter wurden zunehmend fein- und grobmotorische Koordinationsprobleme deutlich. Die übrigen Meilensteine der Entwicklung mit Ausnahme der Sprachentwicklung waren zeitgerecht. Eine Überprüfung des Hörvermögens im Alter von 4 Jahren ergab keinen auffälligen Befund. Levin trug seit dem 3;6 Lebensjahr eine Brille wegen Hyperopie mit Innenschiel bei klinisch unauffälligem Sehvermögen. Die verzögerte Sprachentwicklung führte im Alter von 4 Jahren zur Aufnahme in den Sprachheilkindergarten. Levin lebte mit seinen Eltern sowie den ein und zwei Jahre jüngeren Brüdern in einer Mietwohnung. Die Mutter war gelernte Fachkrankenschwester und übte diesen Beruf vollzeit aus, der Vater war gelernter Werkzeugmacher und wegen der Betreuung der Kinder nicht berufstätig.

¹⁶² Diabetes mellitus: Typ I: auch juveniler Diabetes, genetisch prädisponierte Diabetesform mit allmählicher Erschöpfung der körpereigenen Insulinsekretion bis zum absoluten Insulinmangel

¹⁶³ Hypoglykämie: Verminderung der Konzentration von Glukose im Blut unter einen dem jeweiligen Lebensalter entsprechenden Wert

¹⁶⁴ Gestose: früher übliche Bezeichnung für alle durch eine Schwangerschaft bedingten Krankheitszustände

¹⁶⁵ Asphyxie: Atemstillstand u. Herz-Kreislauf-Versagen

Störungs- und Problemanamnese

Herr L. berichtete, dass Levin im Alter von 4;6 Jahren Krankengymnastik zum Muskelaufbau erhalten sollte, er aber nur wenig bis gar nicht mitgemacht habe. Die Sprachentwicklung sei von Anfang an verzögert gewesen, insgesamt sei der ein Jahr jüngere Bruder Ulf Levin in vielen Bereichen überlegen. Der zwei Jahre jüngere Bruder Jan sei ebenfalls gravierend sprachauffällig. Das Verhältnis unter den Geschwistern bezeichnete er als normal. Der Vater sei mit Levin in Spielgruppen gewesen, in denen er immer sehr zurückgezogen war, er habe wenig Kontakt zu anderen Kindern gesucht. Im häuslichen Umfeld spiele er mit anderen Kindern bevorzugt mit älteren, nehme zu diesen auch sprachlichen Kontakt auf. Mit Kindern, die er nicht kenne, rede er auch nicht.

Im August 1996 kam Levin im Alter von 4 Jahren in den Sprachheilkindergarten, dort sei er anfangs sehr forsch und frech gewesen, so dass die Eltern auf den Knall warteten, dass ihm jemand etwas entgesetze, was dann auch passiert sei. Seit November 1996 verweigerte er in Gruppen- und Einzelsituationen jegliche verbale Kommunikation, ging jedoch nach wie vor gerne hin. Seitens der pädagogischen Fachkräfte gab es keinen äußerlich erkennbaren Grund für die plötzliche Sprechverweigerung. Sie beschrieben Levin als von Beginn an ängstliches und unsicheres Kind in sozialen Situationen. Neben seinem unbeholfenen motorischen Verhalten stand eine schwere allgemeine Sprachentwicklungsverzögerung mit zusätzlichen Stottersymptomen und einem beträchtlichen Störungsbewusstsein mit starken Vermeidungstendenzen im Vordergrund seiner Probleme. Im weiteren Verlauf mied Levin zunehmend die anderen Kinder, spielte nur noch alleine und zeigte keine Freude mehr am Kindergarten. Im November 1997 verweigerte Levin den weiteren Besuch vollständig und wurde aus dem Kindergarten genommen, was letztendlich zur Vorstellung in unserem Hause führte. Der Vater bestätigte diese Verlaufsbeschreibung des Kindergartens und ergänzte eine sich verschärfende Stottersymptomatik und eine Ausweitung des elektiv mutistischen Verhaltens auf alle Lebensbereiche mit Ausnahme der häuslichen Situation in diesem Zeitraum. Es kam jedoch zeitgleich zu einer Etablierung eines hochgradig ängstlichen Verhaltens mit Schreiattacken, wenn der Vater z.B. für einen Moment die Wohnung verließ, um in die Waschküche zu gehen. Als auffällig beschrieben die Eltern auch das sehr rigide an Regeln und Verboten orientierte Verhalten. So frage Levin immer wieder ob z.B. das Legospielzeug oder der Videofilm auch für sein Alter freigegeben sei. Levin baue zu Hause gerne mit Legosteinen nach vorgegebenen Bauplänen. Frage aber auch oftmals was er machen solle, habe dann keine eigene Ideen, langweile sich schnell. Er

gehe mit dem Vater auf den Spielplatz, baue dort gerne im Sand, klettere und fahre Roller.

Ausgangslage/Problemlage

Neurologisch-motoskopische Untersuchung

Dank des mitaufgenommenen Vaters lebte sich Levin recht schnell auf der Station ein und nahm im Spiel Kontakt zu anderen Kindern auf. Seine Wünsche und Bedürfnisse äußerte er durch Gesten. Nach acht Tagen "hauchte" er erstmalig zwei Wörter in Richtung des Pflegepersonals und sprach auch in deren Anwesenheit mit seinem Vater. Levin nahm distanziert freundlich Kontakt zum Untersucher auf, ohne verbale Kontaktaufnahme. Im weiteren Verlauf zeigte er eine kooperierende Mitarbeit bei der Untersuchung. Seine Aufmerksamkeit und das Umweltinteresse waren ausdauernd und differenziert bei stabilem Blickkontakt. Eine Hörauffälligkeit konnte nicht festgestellt werden. Das Sprachverständnis für einfache Aufforderungen war vorhanden, jedoch nicht ganz altersgerecht. Die fein- und grobmotorischen Bewegungsabläufe waren auf altersgerechtem Niveau mit leichten Koordinationsauffälligkeiten.

Psychologischer Befund

In der psychologischen Untersuchung realisierte Levin sehr schnell den unvermeidlichen Leistungscharakter und verweigerte zunächst sprachliche Äußerungen. Die durchgeführten sprachfreien Untersuchungen ergaben eine altersgerechte Intelligenz bei rezeptiver und expressiver Sprachentwicklungsstörung. Nach mehreren Testsitzungen mit Machtkämpfen zwischen Levin und dem Untersucher kommunizierte Levin schließlich sprachlich und arbeitete bei den sprachhaltigen Untertests mit. Über alle Untersuchungssituationen hinweg zeigte sich ein gleichbleibendes Verhaltensmuster. Bei eingetretenem oder auch antizipiertem Mißerfolg begann Lukas zu jammern, verweigerte und musste mit "Engelszungen" zur Weiterarbeit überredet werden. Hierbei zeigte der anwesende Vater einen außergewöhnlichen Langmut und vermied es, gegenüber Levin Druck zu erzeugen.

Logopädischer Befund

Im Gegensatz zum Verhalten auf Station sprach Levin von Beginn an mit der Logopädin und beteiligte sich aktiv an der Diagnostik. Festgestellt wurde eine Sprachentwicklungsstörung mit Schwerpunkt auf der rezeptiven Ebene und eine Redeflußstörung (starke Polterkomponente). Neben einer multiplen Dyslalie zeigten sich eine erhebliche Wortfindungsstörung bei nicht altersgerechtem aktiven und passiven Wortschatz, eine phonematische Diskriminationsschwäche bei K-T und Auffälligkeiten im orofacialen Komplex.

Erstkontakt mit dem Kind

Levin kam gemeinsam mit seinem Vater in den Psychomotorikraum und äußerte spontan in meinem Beisein seine Begeisterung über die angebotenen Materialien. Die sprachliche Kommunikation mit mir wurde auch im weiteren Verlauf der Stunde aufrecht erhalten.

Levin ging von sich aus spontan auf die Sprossenwand zu, kletterte rauf und rutschte über die eingehängte Rutsche wieder hinunter. Die Bewegungsabläufe wirkten insgesamt eher unsicher und ängstlich, insbesondere beim Klettern. Levin interessierte sich auch für die übrigen aufgebauten Großgeräte (Quadrogerüst, große Schräge) fragte jedoch sehr schnell nach, wie er hinauf- oder hinunterkommen soll. Auf gezielte Nachfrage konnte er oftmals eigene Lösungsmöglichkeiten entwickeln. Kam er von sich aus nicht weiter, reagierte er sehr schnell weinerlich, ohne sein Unbehagen konkret zu äußern oder die notwendige Unterstützung einzufordern. Besonders interessierte ihn der weitere Bau und die Konstruktion des Quadrogerüsts. Levin probierte von sich aus die verschiedenen Steckmöglichkeiten aus und übernahm Anregungen von mir. Levin blieb ausdauernd und konzentriert bei dieser Aufgabe und war am Ende der Stunde mit seinem gebauten Turm zufrieden. Meine Nachfrage, ob er wiederkomme wolle, bejahte er freudig und wünschte sich, in der nächsten Stunde weiterbauen zu dürfen. Der Vater, der während der gesamten Stunde anwesend war, wurde von Levin nicht ins Spielgeschehen mit einbezogen. Auffällig in der Kommunikation zwischen Vater und Sohn war, dass wenn Levin äußerte er könne etwas nicht (z.B. die Anzahl der Bälle zu nennen, die auf dem Boden lagen) der Vater bestätigte, dass er selber dies ebenfalls nicht könne, obgleich es nicht der Realität entsprach.

In den folgenden Stunden bot ich Levin weiterhin die Bau- und Konstruktionsspiele als auch diverse Kletter- Schaukel- und Rutschkombinationen an. Er kam jedes Mal freudig in den Raum und betrachtete die Aufbauten mit Interesse und Neugier. Levin ging spontan auf einzelne Geräte zu und probierte diverse Bewegungsmöglichkeiten aus. Die Beschäftigung mit den einzelnen Angeboten war von sehr unterschiedlicher Dauer. Bei den eher kurzfristigen Aktivitäten hatte es einerseits den Anschein als interessiere es ihn nicht weiter, andererseits als nehme er sich selber zurück, mitunter brach er auch unvermutet Handlungen ab und ließ sich dann auch nicht zur weiteren Exploration motivieren. Am meisten bevorzugte er Klettern und anschließendes Springen aus unterschiedlichen Höhen auf den Weichboden. Auch wenn die Landung aufgrund unzureichender Stützreaktionen oftmals sehr heftig war, strahlte er über das ganze Gesicht und wiederholte es. Zugleich verbalisierte er im Sinne einer ausgeprägten Lageorientierung die drohenden Gefahren seiner Aktionen " *das wackelt*", "*da komme ich nicht mehr runter*", "*ich bin fast gefallen*,

dann hätte ich mir sehr weh getan".

Bei der Planung und Zeichnung seiner Ideen hatte er sehr konkrete zum Teil schon fixierte Vorstellungen vom Ergebnis und wirkte dann wenig flexibel in der Modifikation der Ausgestaltung. Seine Anspruchsniveau war dabei sehr hoch und nicht unbedingt seinem Leistungsvermögen angemessen. Aus den einzelnen Bewegungssequenzen entwickelte Levin Spielthemen, die deutlich von Macht- und Positionskämpfen geprägt waren. Er spielte "Supermann" oder "He-man", die unendlich stark waren und andere besiegen bzw. töten konnten.

Motologischer Befund

Verhaltens- und Bewegungsbeobachtung in freien Spiel- und Bewegungssituationen

Motorik/Wahrnehmung

Levin war ein bewegungsinteressierter Junge, der sich selbsttätig verschiedene Bewegungsangebote suchte, sich dann jedoch mitunter bei der Ausführung selber zurücknahm. Die Bewegungsqualität wechselte in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation und dem Bekanntheitsgrad der Bewegung. In der Anfangssituation und bei neuen Abläufen war Levin langsam, unsicher und ängstlich, bei vertrauten Mustern deutlich sicherer und mutiger. Ebenso prägte die psychisch-emotionale Befindlichkeit seine Bewegungsqualität. Nach erfolgreicher Aufgabenbewältigung wirkten seine Bewegungen fließender und raumzeitlich koordinierter.

Die Handmotorik zeigte eine eindeutige Präferenz der rechten Hand. Bei graphomotorischen Aufgaben wurde die Stifthaltung noch gewechselt und war insgesamt wenig differenziert. Die Bewegungssteuerung wurde durch eine deutliche Tonuserhöhung in der Hand und dem gesamten Arm erschwert.

Spiel

Levin bevorzugte Konstruktionsspiele, die konkrete Spielbezüge hatten wie z.B. der Bau eines Turmes oder eines Schiffes. Die Qualität der Handlungsplanung bei der Konstruktion derartiger Ideen war stark schwankend. Mitunter hatte er große Schwierigkeiten die formulierten Entwürfe in Handlungen umzusetzen, ein anderes Mal gelang dies ohne Probleme. Die Pläne waren in der Regel sehr ausgefeilt und durch eine hochgradige Komplexität gekennzeichnet.

Levin wechselte häufig die Angebote und wandte sich bei Schwierigkeiten schnell neuen Aufgaben zu. Er brachte selber viele neue Ideen ein, die er nicht immer in Spielhandlungen umsetzte. Seine Spielthemen waren durch Kämpfe, Machtgehebe und Schlachtsequenzen

geprägt. Unvermittelt konnte er sein Spiel unterbrechen und fragen, was er noch spielen könne und wie lange die ganze Stunde noch dauere.

Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich

Levin "wand" sich aus Aufgaben, die ihm nicht behagten heraus oder änderte sie in ihrer Struktur ab. Kam er während einer Aktivität an seine Handlungsgrenzen äußerte er dies nicht verbal, sondern unterbrach sein Tun und wurde weinerlich. Auf die konkrete Situation angesprochen, bat er dann mitunter um Hilfestellung. Bei antizipiertem Mißerfolg wechselte er sofort die Spielsituation und wandte sich einer neuen Aufgabenstellung zu. Seine Handlungsergebnisse entsprachen oftmals nicht seinen eigenen Vorstellungen bzw. seinem eigenen Anspruchsniveau. Auch aufgrund dieser überhöhten eigenen Ansprüche zeigte Levin wenig Selbstvertrauen in seine eigenen Fähigkeiten.

Intellektuelle Fähigkeiten

Levins Auffassungsgabe, Spiel- und Umweltverständnis wirkten altersentsprechend. Sprachliche Anweisungen konnte er vom Inhalt her umsetzen. Seine eigenen sprachlichen Äußerungen waren teilweise schlecht zu verstehen, da er nuschelte und verstammelt sprach.

Sozialverhalten

Levin ging freundlich distanziert auf die Therapeutin zu. Er nahm sprachlich Kontakt auf und nutzte im Spielgeschehen Sprache als Mitteilungsmedium. Levin wirkte in seinem Verhalten fordernd, in dem Sinne, dass er gestisch und mimisch Unterstützung für Dinge einforderte, die er eigentlich selber erledigen konnte.

Motoriktest für 4-6 Jährige (MOT)

PR: 6

MQ: 76

Beobachtung: Levin ließ sich zögerlich auf die einzelnen Aufgaben ein, bemühte sich dann jedoch sehr darum, sie auch zu erfüllen. Seine Bewegungen wirkten langsam und bedächtig. Deutliche Probleme zeigten sich in der sequentiellen Regulation komplexer koordinativer Aufgaben.

Trampolinscreeningtest (TST)

Die Trampolindiagnostik ergab eindeutige Hinweise auf Probleme in der Körperkoordination sowie in der Verarbeitung und Anpassung an vestibuläre Reize. Beim Springen waren Seitabweichungen zu beobachten, eine ausgeprägte Zick-Zack-Haltung sowie einschießen-

de Bewegungen in den Armen. Die einzelnen Sprungsequenzen waren eher kurz, da ansonsten der Sprung nicht mehr hätte gehalten werden können.

Fragebogen zur Erfassung internaler/externaler Kontrollüberzeugungen

Die Auswertung des Fragebogens zu den Kontrollüberzeugungen ergab bei der ersten Befragung mit 8 Nennungen (im Vgl. 3 Items internele KÜ) eine deutliche externe Zuschreibung für positive Ereignisse, während die Zuschreibung für negative Ereignisse relativ ausgewogen zwischen internalen (5 Items) und externalen Ursachen (6 Items) lag. Die Zuschreibung für erfolgreiche Handlungen auf außerhalb der eigenen Person liegende Ursachen deutete auf eine eingeschränkte Bewertung der eigenen Wirksamkeit hin, während Mißerfolge wesentlich differenzierter bewertet wurden.

Zusammenfassende Interpretation

Levins verzögerte Sprachentwicklung als auch seine motorischen Probleme hatten bereits im frühen Kindesalter dazu geführt, dass er in der handelnden Auseinandersetzung mit seiner dinglichen und personalen Umwelt vielfältige Mißerfolge erlebte und seine Grenzen erfahren hatte. Die Selbstwahrnehmung, neue Anforderungen nicht eigenständig bewältigen zu können, hatte dazu geführt, dass Levin sich in seinem Handlungsspielraum beschränkte und zudem bei Schwierigkeiten schnell aufgab. Seine ausgeprägte Lageorientierung erschwerte zusätzlich den Abruf handlungsrelevanter Informationen sowie die Modifikation vorhandener Handlungs- und Bewegungsmuster auf neue Situationen. Letztendlich hatten die divergierenden Erfahrungen in der Umweltbewältigung zusammen mit einer eher diffusen Rückmeldung durch die Eltern dazu geführt, dass Levin nicht in der Lage war, sein eigenes Leistungsvermögen adäquat einzuschätzen und er sich bei neuen Herausforderungen primär an äußeren Daten (Altersangaben) orientierte.

Therapieziele und Therapieplanung

Therapiezielwünsche der Eltern des Klienten

Für Levins Eltern standen aufgrund der aktuellen Situation primär drei Ziele im Vordergrund. Erstens der Abbau seiner Verweigerungstendenzen in unterschiedlichen Lebensbereichen, um längerfristig wieder eine Integration in den Kindergarten und perspektivisch in die Schule zu ermöglichen. Zweitens die Verbesserung seiner motorischen und sprachlichen Fähigkeiten, die mit als Ursache für seine Verweigerung angesehen wurden. Drittens

der Aufbau sozialer Kompetenzen, um Kontakte zu anderen Kindern zu ermöglichen und zu erweitern.

Therapiezielwünsche der Therapeutin

Aus den Ergebnissen der motologischen Diagnostik resultierten drei intendierte Zielvorgaben. Im Vordergrund stand die Beeinflussung der Handlungsregulationsprozesse zum Aufbau eines gestärkten Selbstvertrauens. In Folge überhöhter eigener Ansprüche und einer ausgeprägten Lageorientierung blieben Levin eigene Wirksamkeitserfahrungen vorenthalten. Die Regulierung seines Anspruchsniveaus entsprechend seiner eigenen Leistungsfähigkeit und der Aufbau einer vermehrten Handlungsorientierung waren das vorrangige Ziel, da aufgrund seiner unrealistischen Selbsteinschätzung und der Lageorientierung antizipierte und reale Mißerfolge das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten massivst beeinflussten und seine Leistungsmotivation stark einschränkten. Parallel dazu war die Erweiterung und Verbesserung seiner motorischen Kompetenzen ein wesentliches Ziel, da Levin infolge seiner Koordinationsprobleme in der spielerischen Auseinandersetzung von Alltagsaufgaben zusätzlich an seine Grenzen kam. Ein weiteres intendiertes Ziel war der Erwerb sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gleichaltrigen, so dass Spielkontakte außerhalb des familiären Rahmens aufgebaut werden konnten und die Integration in pädagogische Gruppen (Kindergarten, Schule) ermöglicht wurde.

Zielerreichungsskala

Gemeinsam mit den Eltern wurden folgende Ziele vereinbart und differenziert festgelegt:

Ziel Nr. 1 Verringerung der Verweigerungstendenzen bei Anforderungen durch zunehmende handlungsorientierte Aufgabenbewältigung (Faktor 3)

4 = 100% = akzeptiert externe Anforderungen und bewältigt neuer Handlungsaufgaben selbständig

3 = 75% = akzeptiert externe Anforderungen mit gemeinsamer Erarbeitung (durch Eltern, Erzieher, andere Kinder) von Handlungsmöglichkeiten

2 = 50% = lässt sich auf ihm vertraute externe Aufgaben ein und lässt Erweiterungen durch Eltern, Therapeutin, Erzieher, Freunde zu

1 = 25% = lässt sich auf ihm vertraute externe Anforderungen ein

0 = Ausgangslage = verweigert bei externen Anforderungen, zieht sich zurück

-1 = Verschlechterung = verweigert bei bekannten Spielangeboten; ist auf eine Spielidee fixiert

Ziel Nr. 2 Verbesserung und Erweiterung der motorischen Kompetenzen (Faktor 3)

4 = 100% = gute koordinative Anpassung an neue motorische Aufgaben, erweitert und variiert sein Bewegungsrepertoire

3 = 75% = sucht sich selbständig neue Bewegungsaufgaben (Spielplatz) und entwickelt Lösungsmöglichkeiten

2 = 50% = hat mehr Sicherheit bei vorhandenen Bewegungsmustern und erweitert sein Bewegungsrepertoires um z.B. Schaukeln, Roller fahren, Balancieren

1 = 25% = qualitative Verbesserung der vorhandenen motorischen Fähigkeiten mit Schwerpunkt sequentielle Regulation und vestibuläre Anpassungsfähigkeit

0 = Ausgangslage = Koordinative Auffälligkeiten, Bewegungsrepertoire auf Klettern, Rutschen begrenzt

-1 = Verschlechterung = zieht sich aus motorischen Aktivitäten zurück; verweigert bekannte Bewegungsmuster

Ziel Nr. 3 Erwerb sozialer Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen (Faktor 2)

4 = 100% = sucht außerfamiliär Kontakt zu Kindern und spielt mit ihnen

3 = 75% = lässt in neuen Situationen (Spielplatz) Kontakt zu anderen Kindern zu, nimmt Spielangebote an

2 = 50% = nimmt im vertrauten Rahmen (Kirchenkreis, Freunde der Eltern) Kontakt zu Kindern auf

1 = 25% = lässt Kontakte mit vertrauten Kindern zu, spielt mit diesen

0 = Ausgangslage = spielt ausschließlich mit seinen Brüdern, zieht sich aus Kontakten außerhalb der Familie weitestgehend zurück

-1 = Verschlechterung = verweigert auch im Beisein seiner Eltern Kontakte zu anderen Kindern

Geplante und vereinbarte Interventionen

Die Therapieziele machten eine Einzelförderung notwendig, in der Levin zunächst seine eigenen Fähigkeiten besser einschätzen lernen sollte und seine Handlungsmöglichkeiten erweitern konnte. Zugleich stand die Auseinandersetzung mit anderen Kindern und kon-

kreten Anforderungen, wie sie der Kindergarten fordert, an vorrangigster Stelle. Aus diesem Grund sollte zunächst für einen begrenzten Zeitraum eine Einzelförderung begonnen werden mit dem Ziel möglichst schnell ein zweites Kind hinzu zu nehmen. Die Förderschwerpunkte dieser ersten Phase sollten die motorische Förderung und die Nivellierung des Anspruchsniveaus darstellen. In einem zweiten Schritt war die konkrete Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen geplant.

Für die psychomotorische Arbeit war zudem die Einbeziehung der Brüder vorgesehen, die aufgrund des geringen Altersabstandes einerseits und einer ähnlichen Problematik andererseits in einer sehr engen Verwobenheit standen. Die gemeinsamen Stunden sollten der weiteren diagnostischen Abklärung dienen und als Basis für gemeinsame Gespräche mit dem Vater genutzt werden, um mögliche Schwierigkeiten in der Geschwisterhierarchie und der Position Levins in diesem System, insbesondere durch die Überlegenheit des jüngeren Bruders Ulf, aufzuarbeiten. Soweit die Anwesenheit des jüngsten Bruders Jan dies ermöglichte, sollte der Vater die Therapiestunden beobachten, um gemeinsam Strategien für eine angemessenere Selbsteinschätzung Levins durch adäquate Rückmeldungen und Aufgabenstellungen zu entwickeln.

Desweiteren war eine logopädische Behandlung im Hause geplant zur Reduktion der sprachlichen Probleme. Da Levin von Beginn an beiden Therapeutinnen gegenüber einen offenen Kontakt zeigte und bereitwillig mitarbeitete, wurde eine parallel laufende Therapie angestrebt. Levins Verhalten beinhaltete neben der vordergründigen Komponente (Angst/soziale Unsicherheit) auch eine erhebliche Machtkomponente, die im stationären Bereich in der Interaktion mit dem Vater deutlich wurde. Aus diesem Grund wurde ergänzend eine familiendiagnostische Arbeit im ambulanten Bereich angeregt. Für den außertherapeutischen Bereich wurde die Kontaktaufnahmen mit einem Regelkindergarten und die Rückführung in den Kindergartenalltag angestrebt.

2. Therapieverlaufs- und Therapieprozessdaten

Orientierungsphase

Therapeutisches Setting

Der inhaltliche Schwerpunkt der Orientierungsphase lag neben dem Beziehungsaufbau in der Erweiterung Levins motorischer Kompetenzen, der Regulation seines Anspruchsniveaus sowie in der handlungsrelevanten Situationsanalyse bei einer insgesamt stark ausgeprägten Lageorientierung.

Mit Beginn der Orientierungsphase, die sich nunmehr im ambulanten Rahmen abspielte, kam der Vater nicht mehr mit in den Raum, da er von dem zwei Jahre jüngeren Bruder Jan begleitet wurde und die Loslösung als Vorbereitung auf den Gruppenprozess eingeleitet werden sollte. Der Vater blieb mit Jan im Beobachtungsraum. Levin kam zunächst ohne Zögern mit, fragte jedoch nach kurzer Zeit nochmals nach, wo sein Vater sei. Ich zeigte ihm die Einwegscheiben und erklärte, dass sein Vater dahintersitze und uns beobachten könne. Levin wirkte verunsichert, so dass ich den Vater bat, an die Scheibe zu klopfen, um Levin zu verdeutlichen, dass er anwesend sei und uns hören könne. Levin schien durch dieses Signal zunächst beruhigt, forderte den Vater dann aber fast zwanghaft alle paar Minuten auf, an die Scheibe zu klopfen, um sich seiner Anwesenheit zu vergewissern. Der Stundenverlauf und die gegenseitige Kontaktaufnahme waren durch diese permanenten Unterbrechungen gestört und es kam kein durchgängiges Spiel zustande. Aus diesem Grund vereinbarten wir für die kommenden Einheiten, dass der Vater im Wartezimmer blieb und erst die letzten 10 Minuten mit in den Raum kam. Levin akzeptierte diese Regelung, wenn er auch anfangs häufiger nachfragte, ob der Vater auch im Wartezimmer auf ihn warte. Levins Angst alleine gelassen zu werden, kam auch innerhalb der Therapiestunden zum Tragen. Befand ich mich nach vorheriger Rückmeldung in einem anderen, für ihn nicht einsehbaren Teil des Raumes, fragte er ununterbrochen nach, *"wo bist du"*, *"wann kommst du wieder"* oder kam mich sogar suchen. Sein gesamtes Verhalten war von einer fast zwanghaften Außenorientierung geprägt *"Wie lange dauert die Stunde"* *"Wieviel sind 45 Minuten"* *"Hält das Gerüst auch"* *"Ist das für Fünfjährige gemacht"*. Insbesondere die Orientierung an Altersvorgaben, die auch von den Eltern berichtet wurde, war im therapeutischen Rahmen stark ausgeprägt. Es schien beinahe so, als habe Levin sein Anspruchsniveau an einer Altersnorm ausgerichtet, die er immer wieder abfragte. Waren Aufgaben oder Spielzeuge für 5-Jährige, so ging er davon aus, dass er dies auch könne, war es für Ältere dann konnte er dies auch nicht. Dieses sehr unrealistische Anspruchsniveau

veau, das seine individuellen Kompetenzen und Eigenarten außen vorließ, war sehr handlungsbestimmend und aufgrund des inadäquaten Bezugsrahmens eher hemmend.

Levin hatte in einer der ersten Stunden gemeinsam mit mir aus dem Quadrobausatz ein Klettergerüst erstellt, das ich ihm immer wieder in neuer Materialkombination (mit Rutschen, Leitern, Seilen, etc.) anbot. Zu Beginn jeder Stunde ging er zunächst sehr interessiert auf die Konstruktion zu, probierte es aus und wirkte danach unschlüssig, was er weiter tun könne. Seine Vorliebe für klar strukturierte Spielangebote mit vorgegebenen Handlungsabläufen (Legobausätze, Quadro, Pertra-Kugelbahn) ließen die Vermutung aufkommen, dass Levin von sich aus Schwierigkeiten hatte, eigenständig weitere Handlungsabläufe zu planen und auszuführen. Die Problematik schien jedoch weniger in einer dyspraktischen Komponente im Sinne einer Schwierigkeit, die entsprechenden Sequenzen einer Handlung in der richtigen Reihenfolge anzuordnen zu liegen, vielmehr blockierte die ausgeprägte Lageorientierung einen adäquaten Abruf handlungsrelevanter Informationen und Handlungspläne wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

Levin wollte aus ca. 70 cm Höhe vom Klettergerüst auf einen Weichboden springen. Er saß auf dem Gerüst und kommentierte: *"Ich kann das nicht, das ist wackelig. Da kann ich mir meinen Fuß umknicken, wie ist das (Klettergerüst) denn festgemacht? Kann das nicht wegrutschen?"* Auf meine Nachfrage, wie weit die Weichbodenmatte denn entfernt sei, registrierte er, dass er beinahe schon mit seinen Beinen die Matte berührte und ein Sprung völlig ungefährlich war. Daraufhin sprang er ohne weiteres auf den Weichboden.

Die Stunden in dieser Phase waren primär dadurch gekennzeichnet, Levin nach dem anfänglichen Ausprobieren durch Hinweise auf bereits bewältigte Aufgaben assoziativ Handlungsmöglichkeiten zu erschließen und ihm zugleich durch gezieltes Nachfragen den Zugriff auf handlungsrelevante Merkmale zu ermöglichen. Levin, der das Ausmaß der Aktivitäten und Anforderungen lenkte, zeigte eine große Offenheit und Vertrauen in die Angebote und nur geringfügige Ausweichtendenzen, so dass eine weiterführende Auseinandersetzung mit Anforderungssituationen eingeleitet werden konnte.

Auseinandersetzungsphase

In der folgenden Phase war der Stundenverlauf durch einen Wechsel der Struktur gekennzeichnet. Levin ging zu Beginn spontan auf die Angebote zu, probierte aus und ich erweiterte seine Spielideen um konkrete Anforderungen wie beispielsweise eine Fahne für ein Schiff zu malen. Levin reagierte auf diese veränderten Situationen mit der Rollenübernahme mächtiger Personen wie *"He-man"*, *"Spiderman"*, *"Superman"* und mit latent aggressi-

ven Machtkämpfen. Sobald Levin sich in seiner Handlungsfähigkeit bedroht fühlte, schlüpfte er in die Rolle des Übermächtigen, der vor nichts Angst hat und keine Gefahren scheut. Levin rutschte beispielsweise von der Rutsche und kippte dabei am Ende zur Seite. Er blieb dann auf der Seite liegen und stellte sich tot. Kam ich dazu, um ihn zu untersuchen und mit dicken Wunderbällen wiederzubeleben, sprang er plötzlich auf und rief "*Ich bin Superman und kann nie sterben, aber ich kann dich töten*" und arrangierte einen Kampf zwischen uns. Auch diese Rauf- und Ringkämpfe endeten oftmals mit Totstellen und der anschließenden Untersuchung und Wiederbelebung durch mich. Parallel dazu meldete ich Levin meine Ängste im Kampf zurück und versuchte zwischen Superman (Spielfigur) und Levin (Realität) eine Verbindung herzustellen. Vor starken Männern hat Superman keine Angst, weil er stärker ist als alle anderen. Wie geht es aber demjenigen, der nicht so allmächtig stark ist wie Superman, wie kann der sich gegen die Stärkeren wehren. Im Rollenspiel, in dem wir die Positionen des Stärkeren und Schwächeren wechselten, konnten wir Lösungsmöglichkeiten durchspielen und abwägen, welche Verhaltensweisen sich für den Alltag eignen. Im Laufe dieser Phase, in der Levin gerne kam und interessiert auf die Angebote einging, variierte er zunehmend seine Handlungsmöglichkeiten, so dass eine Erweiterung um ein zweites Kind sinnvoll erschien.

Familiäres Setting

Die Mutter berichtete, dass Levin bei einer gemeinsamen Kirchenfreizeit mit allen Erwachsenen und Kindern spontan Kontakt aufgenommen und auch gesprochen habe. Eine ähnliche Tendenz war auch in unserer Einrichtung zu beobachten, da Levin in Anwesenheit anderer Leute im Wartezimmer mit mir und der Mutter sprach. Ansonsten erlebten die Eltern Levin aber als sehr anstrengend, da er ständig nach Rahmenbedingungen frage (*wie späte es sei, wie lange etwas noch dauere, etc.*) und die Machtkämpfe mit seinem ein Jahr jüngeren Bruder sehr heftig seien, auf die sie nur noch mit Strafen reagieren konnten. In einer der gemeinsamen Stunden mit Levin und seinen Brüdern wurde die Problematik der Geschwisterposition und die familiäre Konfliktbewältigung deutlich. Der ein Jahr jüngere Bruder Ulf war Levin sprachlich und motorisch überlegen und nutzte diese Überlegenheit auch gerne aus, um sie Levin zu demonstrieren. Levin seinerseits erhielt in diesen Stunden wenig Hinweise und Unterstützung seines Vaters, die seiner Rolle des Älteren entsprechende Dominanz durch andere Aufgaben zeigen zu können und Levin ließ sich statt dessen auf Kämpfe und Konflikte mit dem Bruder ein. Herr L. empfand diese Auseinandersetzungen als unangenehm und belastend und versuchte sie durch Verhaltensregeln zu unterbinden, ohne Lösungsmöglichkeiten im Sinne einer Stützung der Geschwisterhier-

archie anzubieten. Im Rahmen des therapeutischen Settings konnte ich lediglich auf die jeweils aktuelle Situation Bezug nehmen und Handlungsalternativen anbieten, eine umfassende familiendynamische Betrachtung und Beratung schien jedoch zwingend notwendig, um die Rollen und Verhaltensmuster der einzelnen Familienmitglieder differenziert zu betrachten. Die bereits gegen Ende der stationären Aufnahme angebotenen Beratungstermine wurden jedoch aus unterschiedlichen Gründen bis zu diesem Zeitpunkt von der Familie nicht wahrgenommen.

In der begleitenden Elternarbeit im Rahmen der psychomotorischen Entwicklungstherapie standen neben der Geschwisterproblematik die vom Vater nicht immer realistische Rückmeldung über das Leistungsvermögen von Levin im Vordergrund.

In den gemeinsamen Sequenzen am Ende einer Stunde wurde immer wieder deutlich, dass Herr L. im Sinne einer positiv gemeinten Unterstützung Levins Handlungen übermäßig lobte und zugleich deutlich machte, dass er selbst so etwas nicht könne, obgleich dies nicht der Realität entsprach. Die gemeinsamen Gespräche hatten zum Ziel die Unverhältnismäßigkeit und negativen Auswirkungen dieser unterstützend gemeinten Äußerungen aufzuzeigen, da sie Levins Aufbau eines realistischen Selbstbildes nicht förderten.

Erweiterungsphase

Für die Arbeit in der Kleingruppe hatte ich Andreas als zweites Kind ausgewählt (siehe Fallbeispiel), da er aufgrund seiner mehr auf sich bezogenen Art Levin Zeit für eine vorsichtige Kontaktaufnahme ließ und er in seinen Handlungskompetenzen Levin nicht überlegen war. Vielmehr hoffte ich, dass Levins spontaner Zugang zu den Spiel- und Bewegungsangeboten ihm die Rückmeldung gab, dass er selber Aktivitäten und Kontakte initiieren konnte.

Der Erstkontakt zwischen Levin und Andreas war von einem distanzierten, parallel laufenden Spiel gekennzeichnet, in dem beide Kinder nach- und nebeneinander die Bewegungsangebote ausführten. Levin nahm nicht direkt Kontakt zu Andreas auf, äußerte jedoch seine Wünsche und Bedürfnisse mir gegenüber sprachlich, baute also keine Sprechblockade auf. Zum Schluss der ersten Stunde ließ Levin sich auf ein gemeinsames Spiel ein und bejahte eine Fortsetzung in der Kleingruppe. In den darauffolgenden Stunden entwickelte sich folgendes Ritual, bei dem beide Kinder sich im Wartezimmer per Blickkontakt begrüßten und gemeinsam mit mir in den Therapieraum gingen. Während Andreas den Raum und die Materialien erkundete, zog sich Levin sehr langsam um und beobachtete dabei Andreas Aktionen. Nach seiner eigenen Aufwärmphase stieg Levin spontan mit in das

Spiel ein und entwickelte neue Ideen. Die Kommunikation zwischen beiden Kindern verlief primär über die Handlungsebene, obgleich Levin situationsadäquat sprachlich kommunizierte. Die gemeinsamen Bewegungsaktivitäten führten bei Levin rasch zu einer Erweiterung und qualitativen Verbesserung seiner motorischen Kompetenzen. Die bereits in der Auseinandersetzungsphase vermehrt angeleitete Handlungsorientierung führte nun dazu, dass Levin immer seltener aufgrund perseverierender Gedanken in seinen Handlungsvollzügen verhaften blieb, sondern er mit Andreas als Modell eigenständig Spielhandlungen erweitern und beenden konnte. Für beide Kinder prägnant war die Vermeidung, Konflikte auszutragen. Levin rutschte in kritischen Situationen entweder in die Rolle des Clowns, der sich über Nichtigkeiten vor lachen nicht halten konnte oder er versuchte, seine Interessen ohne Berücksichtigung von Andreas durchzusetzen. Geling dies nicht, wandte er sich anderen Dingen zu, aber versuchte nicht, seine Interessen mit seinem Gegenüber auszuhandeln.

Im weiteren Verlauf der Stunden versuchte ich durch kurze Reflexionsphasen nach dem Rückzug eines Kindes, die Ursachen (*So will ich das nicht spielen*) rauszufiltern und gemeinsam Lösungswege zu erarbeiten. Vorrangig ging es darum mitzubekommen, welche Vorstellungen der andere hatte, welches die eigenen Bedürfnisse waren und welche Möglichkeiten es gab, in einem gemeinsamen Spiel die Belange beider zu berücksichtigen und umzusetzen. Dies bedeutete nicht nur Regeländerungen zu entwickeln, sondern auch eigene Bedürfnisse hinten anzustellen ohne sich verletzt oder benachteiligt zu fühlen, da der andere diese kooperierende Haltung wertschätzt und zugleich für eine ausgleichende "Gerechtigkeit" sorgen kann. Nach mehreren Gruppenstunden übernahmen die Kinder dieses Modell und äußerten wenn auch sehr zaghaft ihre eigenen Bedürfnisse aber auch Zweifel und Ärger gegenüber dem Spielpartner.

Übertragungsphase

Familiäres Setting/Kindergarten

Parallel zum therapeutischen Vorgehen hatten sich die Eltern bemüht, für Levin einen Platz in einem Regelkindergarten zu bekommen, den er bis zur Einschulung im kommenden Sommer besuchen sollte. Obgleich wir (die beteiligte Logopädin und ich) die Eltern immer wieder auf das bestehende Angebot der Beratung durch den Psychologen hingewiesen hatten, zeigten sie sich in dieser Hinsicht wenig kooperativ und setzten ihre Entscheidungen ohne weitere Rücksprache mit uns um. Nach einer kurzen urlaubsbedingten Pause in den Sommerferien teilten sie mir lediglich mit, dass Levin nun in einem neuen Kinder-

garten sei und dort auch gut zurecht komme. Familie L. äußerte sich sehr zufrieden über den Verlauf im Kindergarten und hielten eine gegenseitige Kontaktaufnahme für nicht erforderlich.

Therapeutisches Setting

Levin wirkte in dieser Phase sehr ausgeglichen und zufrieden. Er kam weiterhin gerne zur Therapie und hatte sich stabilisiert. Levin ließ sich auf konkrete Anforderungen meinerseits ein, entwickelte aber auch eigene Spiel- und Handlungsideen. Kam er selber nicht weiter wandte er sich an Andreas oder mich, um gemeinsam nach Lösungswegen zu suchen. Die Spielthemen waren sehr variabel und reichten von spontanen Bauaktivitäten über das Nachspielen bekannter Fernsehsequenzen bis hin zu Rollenpielen als Feuerwehrmänner, Cowboys oder Seemänner. Deutlich in den Hintergrund gerückt war bei Levin die Identifikation mit Superman oder He-man als Ausdruck seiner Unsicherheit in der jeweiligen Situation. Größere Konflikte im Kindergarten schienen Levin nicht zu belasten, er äußerte sich jedoch auch nicht dazu und auch vom Vater gab es nur sehr spärliche Informationen.

Nach einer zweiwöchigen Pause in den Herbstferien erschien Levin nicht mehr zum vereinbarten Termin und auch von den Eltern gab es keine Rückmeldung oder Entschuldigung. Ohne weitere Absprache hatten sie ebenfalls die logopädische Behandlung im Hause beendet. Nach zweimaligem unentschuldigtem Nichterscheinen baten wir die Eltern schriftlich um eine Stellungnahme zum weiteren Vorgehen. Herr L. schickte uns eine Mitteilung per Fax, dass er davon ausgegangen sei, dass die Behandlung mit den Herbstferien beendet sei bzw. er eine logopädische Versorgung wohnortnah gefunden habe. Einen erforderlichen Abschlusstermin bei der behandelnden Ärztin würde er gerne gemeinsam mit uns Therapeutinnen in Anspruch nehmen.

Abschlussphase

Zum vereinbarten Untersuchungs- und Abschlusstermin zwei Monate später erschien Herr L. ohne Levin und zeigte sich überrascht, dass er habe mitkommen sollen, obgleich er im Gespräch betonte, wie gerne Levin mitgekommen wäre, um sich von uns zu verabschieden. Herr L. war sehr zufrieden mit Levins Entwicklung im motorischen und Verhaltensbereich und sah eine Fortsetzung der Therapie als nicht erforderlich an. Levin verschließe sich nicht mehr so schnell und antworte auch auf Fragen, die ihm bei Bekannten gestellt würden. Er gehe von sich aus zum Spielen raus und sei in seinem Bewegungs- und Spielverhalten nicht mehr so ängstlich. Im Kindergarten spreche er von sich aus nicht, antworte

aber, wenn er angesprochen werde. Bei manchen Angeboten mache Levin anfangs nicht mit, lasse sich dann aber doch darauf ein. Im Kindergarten werde ein Vorschulprogramm angeboten, an dem Levin auch teilnehme, da er nun sechs Jahre alt sei und meine, dies nun machen zu müssen. Die Erzieherinnen seien zufrieden mit Levin und sähen keine Probleme. Aus therapeutischer Sicht erläuterten wir Herrn L. die Notwendigkeit, noch einen gemeinsamen Termin mit Levin stattfinden zu lassen, um voneinander Abschied zu nehmen und für Levin einen neuen Abschnitt einzuleiten. Uns gegenüber signalisierte Herr L. Verständnis und vereinbarte einen Abschlusstermin, den er später aber nicht wahrnahm.

3. Daten zum Ende der Therapie

Therapeutischer Verlaufsbefund

Beginn

der Therapie: 19.01.98

Anzahl

der Therapien: 1x täglich während des stationären Aufenthaltes vom
19.1.1998 bis 29.1.1998 anschließend
1x wöchentlich

Art der Behandlung:

Einzelförderung 1`98 bis 4`98
Gruppenförderung 4`98 bis 10`98

Vorstellungsgrund:

Elektiver Mutismus
Verweigerung des Kindergartenbesuches
Verweigerung in Anforderungssituationen
Motorische Probleme

Förderansatz:

Förderung motorischer Basiskompetenzen
Förderung eigener Wirksamkeitserfahrungen durch Aufbau
einer vermehrten Handlungsorientierung und Stärkung
eigener Ressourcen
Aufbau sozialer Kompetenzen, Umgang mit Konflikten

Verlauf

Motorik/Wahrnehmung

Levin erzielte im Verlauf der relativ kurzen therapeutischen Intervention im motorischen Bereich deutliche Fortschritte. Sein Bewegungsrepertoire im therapeutischen wie außertherapeutischen Rahmen hatte sich erweitert. Levin kletterte gerne, traute sich zunehmend mehr zu, indem er sich neue Klettermöglichkeiten erschloss und auch deren Bewältigung selbständig lösen konnte. Bei unbekannten komplexeren motorischen Abläufen zeigten sich noch diskrete Hinweise auf Probleme in der raum-zeitlichen Koordination. Levin war bewegungsinteressiert, blieb ausdauernd bei einzelnen Aufgaben und konnte eigene Handlungsentwürfe entwickeln.

Handmotorik

Levin hatte eine eindeutige Dominanz der rechten Hand entwickelt, die linke Hand wurde bei vielen Aktionen als Hilfshand eingesetzt. Bei graphomotorischen Aufgaben war die

Stifthaltung altersentsprechend, die Tonusregulation angemessen. Beim Nachzeichnen verschiedener Muster im graphomotorischen Komplexbild zeigten sich noch Schwierigkeiten bei den halbrunden und gekreuzten Formen.

Spiel

Zu Beginn der Therapie bevorzugte Levin Konstruktionsspiele, deren einzelne Handlungsschritte klar vorstrukturiert waren, so dass er nur begrenzt Entscheidungen über den weiteren Handlungsverlauf treffen musste. Parallel dazu agierte er als mächtiger Protagonist wie Superman oder Heman in verschiedenen Rollenspielen, die Positions- und Machtkämpfe als inhärentes Thema hatten. Die Übermacht dieser Figuren einerseits und die Eindeutigkeit der Hierarchie der Mächtigen andererseits bildeten in gewisser Weise einen Gegenpol zur erlebten Realität, die durch Unsicherheit und Rückzug im alltäglichen Handeln sowie inadäquater Selbsteinschätzung in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten und fehlende Bestätigung im Rahmen der Geschwisterhierarchie gekennzeichnet war. Mit zunehmender Stabilisierung und Selbsteinschätzung variierten die Spielthemen (Feuerwehr, Piraten, etc.) und die Ausgestaltung der Rollen, die auch gleich- und untergeordnete Positionen darstellten. Ebenso löste sich Levin im Konstruktionsspiel von den festen Vorgaben und entwickelte in begrenztem Maße eigene Ideen. Für seine eigene Orientierung benötigte er jedoch immer wieder die Bestätigung, inwieweit die ausgewählten Themen und Handlungsschritte von Kindern in seinem Alter auch bewältigt werden konnten.

Das Aushandeln von Spielregeln stellte kein Problem dar, lediglich deren Umsetzung und Einhaltung insbesondere in Konfliktsituationen forderten Levin heraus. Er versuchte durch minimalste Änderungen das Spiel in seine intendierte Richtung zu lenken, ohne mit dem Spielpartner diese Veränderung aushandeln zu müssen.

Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich

Levin zeigte im Verlauf der Therapie zunehmend mehr Ausdauer und Flexibilität bei der Bewältigung anstehender Aufgaben und Spielideen. Er ließ sich auf direkte Anforderungen in der Gruppensituation ein und konnte sein Unbehagen gegenüber einzelnen Aufgaben zeigen, ohne in weinerlich regredierendes Verhalten auszuweichen. Levin traute sich in unterschiedlichen Bewegungssituationen mehr zu und konnte aufgrund einer nun mehr geringeren Lageorientierung vermehrt auf seine eigenen vorhandenen Kompetenzen zurückgreifen, so dass er in aktuellen Handlungsvollzügen sicherer wurde und eine realistischere Selbsteinschätzung entwickelte. Im Gesamtverhalten blieb jedoch eine ausgeprägte Fixierung auf Altersnormen und -begrenzungen, die seinen Handlungsrahmen determi-

nierten wie z.B. die Auswahl an Spielmaterialien wie Legosysteme, das Betrachten bestimmter Bücher und Filme.

Intellektuelle Fähigkeiten

Levin verfügte über ein altersgerechtes Aufgaben- und Spielverständnis. Sein Interesse für Baukonstruktionen sowie zeitliche Dimensionen spiegeln sich in guten Kenntnissen von Zeiteinheiten (Stunden, Minuten, Sekunden) und technischen Details wider.

Sozialverhalten

In den Gruppensituationen nahm Levin von sich aus nur begrenzt Kontakt zum anderen Kind auf, reagierte jedoch auf dessen Spielangebote und agierte auf der Handlungsebene mit ihm. Es fiel ihm aber schwer, Konflikte direkt mit dem Spielpartner anzusprechen oder auszuhandeln, statt dessen änderte er entweder für sich den Spielablauf oder wandte sich an mich, um Veränderungen zu erreichen. In den von mir angeleiteten Gruppengesprächen teilte Levin zwar dem Partner seine Vorstellungen und auch seinen Ärger mit, er übernahm dies jedoch nicht selbständig in sein Verhaltensrepertoire.

Motoriktest für 4 bis 6 Jährige (MOT)

Untersuchung vom 28.1.98

Untersuchung vom

MQ: 76

MQ:

Ein weiterer Untersuchungstermin fand aufgrund des Abbruchs der Therapie nicht statt.

Trapolinscreeningtest (TST)

Auf dem Trampolin wurden die Sprünge deutlich sicherer und fließender, die feinmotorische Anpassung an die Fremdkinetik des Tuches gelang besser.

Fragebogen zur Erfassung internaler/externaler Kontrollüberzeugungen

Aufgrund des Abbruchs der Therapie und der trotz mehrfacher Aufforderung nicht stattfindenden Wiedervorstellung von Levin konnte eine erneute Befragung zur Veränderung der Kontrollüberzeugungen leider nicht durchgeführt werden.

Zielerreichungsskala

Ziel Nr. 1: Verringerung der Verweigerungstendenzen bei Anforderungen durch zunehmende handlungsorientierte Aufgabenbewältigung			
4 = 100% = akzeptiert externe Anforderungen und bewältigt neuer Handlungsaufgaben selbständig			

3 = 75% = akzeptiert externe Anforderungen mit gemeinsamer Erarbeitung (durch Eltern, Erzieher, andere Kinder) von Handlungsmöglichkeiten		3	
2 = 50% = lässt sich auf ihm vertraute externe Aufgaben ein und lässt Erweiterungen durch Eltern, Therapeutin, Erzieher, Freunde zu	2		
1 = 25% = lässt sich auf ihm vertraute externe Anforderungen ein			
0 = Ausgangslage = verweigert bei externen Anforderungen, zieht sich zurück			
-1 = Verschlechterung = verweigert bei bekannten Spielangeboten; ist auf eine Spielidee fixiert			
Datum:	6'98	11'98	

Ziel Nr. 2: Verbesserung und Erweiterung der motorischen Kompetenzen			
4 = 100% = gute koordinative Anpassung an neue motorische Aufgaben, erweitert und variiert sein Bewegungsrepertoire		4	
3 = 75% = sucht sich selbständig neue Bewegungsaufgaben (Spielplatz) und entwickelt Lösungsmöglichkeiten			
2 = 50% = hat mehr Sicherheit bei vorhandenen Bewegungsmustern und erweitert sein Bewegungsrepertoires um z.B. Schaukeln, Roller fahren, Balancieren	2		
1 = 25% = qualitative Verbesserung der vorhandenen motorischen Fähigkeiten mit Schwerpunkt sequentielle Regulation und vestibuläre Anpassungsfähigkeit			
0 = Ausgangslage = Koordinative Auffälligkeiten, Bewegungsrepertoire auf Klettern, Rutschen begrenzt			
-1 = Verschlechterung = zieht sich aus motorischen Aktivitäten zurück; verweigert bekannte Bewegungsmuster			
Datum:	6'98	11'98	

Ziel Nr. 3: Erwerb sozialer Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen			
4 = 100% = sucht außerfamiliär Kontakt zu Kindern und spielt mit ihnen			
3 = 75% = lässt in neuen Situationen (Spielplatz) Kontakt zu anderen Kindern zu, nimmt Spielangebote an		3	
2 = 50% = nimmt im vertrauten Rahmen (Kirchenkreis, Freunde der Eltern) Kontakt zu anderen fremden Kindern auf	2		
1 = 25% = lässt Kontakte mit vertrauten Kindern zu, spielt mit diesen			
0 = Ausgangslage = spielt ausschließlich mit seinen Brüdern, zieht sich aus Kontakten außerhalb der Familie weitestgehend zurück			
-1 = Verschlechterung = verweigert auch im Beisein seiner Eltern Kontakte zu anderen Kindern			
Datum:	6'98	11'98	

Gesamt- Zielerreichungs- Skala (Gesamtpunkte geteilt durch Anzahl der Ziele)			
4 = 100% =			
3 = 75% =		3	
2 = 50% =	2		
1 = 25% =			
0 = Ausgangslage =			
-1 = Verschlechterung =			
Datum:	6'98	11'	98

Beurteilung

Die Therapie verlief über einen Zeitraum von knapp 10 Monaten mit insgesamt 37 Kontakten (34 Kinderkontakte/3 Elternkontakte). Im Anschluss an den stationären Aufenthalt kam Levin 1x/wöchentlich für 45 Minuten zur Therapie.

Levin wurde aufgrund eines bestehenden elektiven Mutismus und ausgeprägter Verweigerungs- und Rückzugstendenzen in die psychomotorische Entwicklungstherapie aufgenommen. Parallel dazu wurde im Kinderneurologischen Zentrum eine logopädische Behandlung durchgeführt. Levin zeigte von Beginn an keine Sprechverweigerung im therapeutischen Rahmen und schien genügend Sicherheit und Vertrauen zu haben, sich ohne massive Verweigerung auf die angebotenen Therapiebedingungen einzulassen. Im Rahmen der Einzelförderung konnte ausgehend von seinen Bewegungsmöglichkeiten und Spielthemen durch ein variierendes Angebot an Spiel- und Bewegungsanlässen eine Erweiterung und qualitative Verbesserung seiner motorischen Kompetenzen erreicht werden, die sich auch im Alltagsgeschehen in einer größeren Bewegungsintensität und -qualität z.B. auf dem Spielplatz äußerte. Levins Rückzug aus unbekannten, komplexeren Spielabläufen und sein Verharren in klar strukturierten, vorgegebenen Handlungssequenzen wurde als Folge einer ausgeprägten Lageorientierung gewertet, die trotz vorhandener Handlungskompetenzen zu Handlungsunsicherheiten und dyspraxieähnlichen Erscheinungsbildern führte. Als sekundäre Konsequenz aus diesem Erleben mangelnder Bewältigungsstrategien zeigte Levin eine maßgebende Mißerfolgsorientierung, die auf der phänomenalen Ebene in Verweigerungs- und Rückzugshaltungen deutlich wurde und auf der emotional-kognitiven Ebene als mangelnde Kontrollüberzeugungen und geringes Selbstvertrauen sein begrenztes Umweltinteresse und seine Auseinandersetzungsmöglichkeiten bestimmten. Die Vermittlung eigener Wirksamkeitserfahrungen in gezielten Spiel- und Bewegungsangeboten und die begleitende verbale Unterstützung der Handlungsorientierung und Kausalattribution zeigten Erfolge im therapeutischen Setting wie im Wachstumsfeld Kindergarten. Die Integration in den Regelkindergarten verlief nach Aussagen der Eltern ohne große Probleme und weitere

Störungen. Die Zusammenarbeit mit dieser Einrichtung im Hinblick auf eine begleitende Unterstützung von Levin für den Kindergarten - wie für den kommenden Schulalltag - verlief wegen der mangelnden Kooperation der Eltern unbefriedigend. Die therapeutische Intervention blieb auf die direkte Arbeit mit Levin beschränkt, der damit weiterhin der Symptomträger in der Familie blieb. Eine begleitende Familienberatung wurde von den Eltern nicht wahrgenommen, aber auch niemals explizit abgelehnt, sondern im direkten Gespräch als interessantes Angebot angenommen und mit dem Hinweis auf spätere Terminvereinbarungen dann ignoriert.

Die ausgeprägte Rigidität in Levins Verhalten in Bezug auf Altersangaben bei der Bewältigung von Umweltanforderungen und die Angst alleine zu bleiben waren nur zwei Themen, die ursächlich im familiären Setting anzusiedeln waren und deren weitere Analyse eine familiendynamische Beratung erforderlich gemacht hätte. Ebenso konnte die als eher problematisch zu bezeichnende Geschwisterbeziehung, die durch Rivalität und Aggressivität gekennzeichnet war, nur sehr begrenzt mit dem Vater angesprochen werden, da er jegliche Eingriffe in das Familiensystem abwehrte. Frau L. schien in diesen Fragen offener zu sein, sie hatte auch für eine Fortsetzung der Therapie im Kinderneurologischen Zentrum plädiert, war jedoch aufgrund ihrer Berufstätigkeit mit häufig wechselnden Dienstschichten nicht weiter einzubinden. Als für die therapeutische Maßnahme und Beziehung sehr unbefriedigend erlebten wir den eigenwilligen Abbruch der Therapie durch den Vater und die fehlende Bereitschaft, Levin einen angemessenen Abschied von den beiden Therapeutinnen, zu denen er gerne kam, zu ermöglichen, ihm die Kontrolle über die Ereignisse zuzugestehen.

Da Herr L. auch nach nochmaliger schriftlicher Aufforderung einen Abschlusstermin mit Levin nicht mehr wahrnahm, blieb als einziges Kontrollinstrument der therapeutischen Intervention die Überprüfung der Zielerreichungsskala im letzten Elterngespräch.

Katamnestische Daten

5 Monate nach Beendigung der Therapie meldete sich die Lehrerin der zuständigen Grundschule in unserer Einrichtung mit der Bitte um einen ausführlichen Bericht über die Ergebnisse der Untersuchung und des therapeutischen, insbesondere des logopädischen Befundes von Levin zur Ermittlung des sonderpädagogischen Förderbedarfs. Da kein Kontakt mehr zu Familie L. bestand, erhielten wir aber keine Informationen über den weiteren (schulischen) Werdegang von Levin.

11.3. Fallbeispiel Norbert

1. Daten zu Beginn der Therapie

Persondaten

Norbert wurde erstmals im Alter von zwei Monaten durch seine leibliche Mutter, die Bereitschaftspflegefamilie und die verantwortliche Sozialarbeiterin zur Entwicklungsstandbeurteilung vor Vermittlung in eine Dauerpflegestelle im Kinderneurologischen Zentrum vorgestellt. Sebastian war direkt aus dem Krankenhaus in der Bereitschaftspflege aufgenommen worden. Die Erstuntersuchung ergab eine leichte psychomotorische Retardierung und eine Haltungsasymmetrie, die krankengymnastisch behandelt werden sollte.

Bei den Kontrolluntersuchungen im Alter von vier und sechs Monaten wies Norbert einen weitgehend altersgemäßen Entwicklungsstand auf, Hinweise auf das Vorliegen einer Alkoholembryopathie ergaben sich nicht. Die Fortsetzung der krankengymnastischen Behandlung wurde als nicht notwendig angesehen und eine Wiedervorstellung sollte nur bei auftretenden Problemen erfolgen.

Im Alter von 5;2 Jahren wurde Norbert auf Anraten des Kindergartens erneut im Kinderneurologischen Zentrum vorgestellt. Die pädagogischen Fachkräfte beschrieben Auffälligkeiten im grob- und feinmotorischen Bereich bei zunehmenden Rückzugs- und Verweigerungstendenzen.

Anamnestiche Daten

Norbert war das erste Kind der 28-jährigen leiblichen Mutter. Die Schwangerschaft war belastet durch unregelmäßigen Alkohol- und Tablettenkonsum, erhebliche seelische Belastung mit körperlicher Mißhandlung der Mutter und mehrere Suizidversuche. Die Geburt erfolgte zum Termin und wurde per Sectio wegen Kopf/Becken-Mißverhältnis und Wehenschwäche beendet. Apgarwerte 2/6/8. Das noch unreife Neugeborene wurde wegen einer ausgeprägten Anpassungsstörung in die Frühgeborenenabteilung verlegt und im Alter von 14 Tagen in gutem Allgemeinzustand in die Bereitschaftspflege entlassen. Im Alter von drei Monaten wurde Norbert in der Dauerpflegefamilie B. aufgenommen. Zum Aufnahmezeitpunkt lebte die damals 4-jährige Adoptivtochter Sabine bereits in der Familie. Frau B. war gelernte Sozialpädagogin und hatte bis zur Adoption von Sabine u.a. im Jugendhilfebereich gearbeitet. Kurz nach der Aufnahme Norberts in die Pflegefamilie trennten sich die Pflegeeltern. Frau B. bewohnte seither mit beiden Kindern eine Wohnung im

Haus ihrer Eltern. Als Norbert 4;6 Jahre alt war, verstarb der Großvater, zu dem er einen sehr engen Kontakt hatte und der für ihn eine wichtige Bezugsperson darstellte.

Störungs- und Problemanamnese

Frau B. berichtete, dass Norbert seit seinem 4. Lebensjahr einen Regelkindergarten besuche. Nach Aussagen der pädagogischen Fachkräfte sei er von Beginn an in seinen Sozialkontakten unsicher gewesen und habe die Nähe von Erwachsenen insbesondere der Erzieherinnen aber auch gruppenfremder Personen gesucht. Er lasse die Kinder auf sich zukommen, nehme aber von sich aus keinen Kontakt zu ihnen auf. Nach einem halben Jahr sei ein neuer Junge in die Gruppe gekommen, zu dem Norbert engeren Kontakt aufgebaut habe und der ihn zum Mitspielen anrege. Ohne diesen Freund sei er aber eher ein Eigenbrödlerr und Außenseiter. Auch im häuslichen Bereich seien die Kinderkontakte auf wenige von der Mutter initiierte Treffen beschränkt.

Im Kindergarten beteilige sich Norbert nicht an gemeinsamen geplanten Aktivitäten, spontan kooperiere er besser. Er halte sich nicht an die geltenden Regeln und provoziere oftmals, wenn seine Wünsche nicht erfüllt würden. Sein Spielverhalten sei das eines deutlich jüngeren Kindes, ebenso könnten seine motorischen Fähigkeiten aufgrund der ausgeprägten Verweigerungstendenzen nur schwer beurteilt werden. Insbesondere im handmotorischen Bereich verweigere er massiv, seine wenigen Zeichnungen entsprächen oftmals nicht seinen eigenen Vorstellungen und seien in der Ausführung ungenau und wenig differenziert. Auch zu Hause lasse er sich nicht zum Malen motivieren, spiele lieber alleine mit seinen Autos und Kuscheltieren.

Seit dem Tod des Großvaters vor einem halben Jahr habe sich die Problematik verschärft, Norbert wolle nicht mehr in den Kindergarten gehen und ziehe sich aus dem Gruppengeschehen immer mehr zurück. Mit Beginn des neuen Kindergartenjahres habe zudem die Gruppenleitung gewechselt und Norbert noch keinen guten Kontakt zur neuen Erzieherin aufgebaut. Frau B. war über die Gesamtentwicklung auch auf dem Hintergrund von Norberts Lebensgeschichte sehr beunruhigt und bat um geeignete unterstützende Maßnahmen. Sie selber war durch die Pflege der unlängst erkrankten Großmutter zusätzlich belastet.

Ausgangslage/Problemlage

Neurologisch-motorskopische Untersuchung

Die neurologisch-motorskopische Untersuchung konnte nicht durchgeführt werden, da Norbert die Mitarbeit gänzlich verweigerte und auf dem Schoß der Mutter sitzen blieb,

obgleich ihm der untersuchende Neuropädiater aus privaten Bezügen bekannt war. Trotz guten Zuredens der Mutter ließ Norbert sich nicht einmal zum freien Spiel motivieren.

Erstkontakt mit dem Kind

Da aus der Vorgeschichte wenig Hinweise auf Vorlieben und Stärken von Norbert vorlagen, wählte ich für den Erstkontakt grobmotorische Materialien, die ihm aus dem Kindergarten bzw. vom Spielplatz vertraut sein durften wie Rutsche, Schaukelseil, Klettergerüst sowie den Pertrabausatz als konstruktives Angebot. Norbert kam sehr zögerlich, sich hinter der Mutter versteckend in den Psychomotorikraum. Er setzte sich dicht neben seine Mutter auf eine Bank und betrachtete aus dieser Perspektive den Raum und die darin befindlichen Materialien. Norbert nahm zu mir Blickkontakt auf und berichtete spontan, dass sein Freund auch ein solches Schaukelseil im Garten habe, auf dem er auch schon geschaukelt sei. Auf meine Aufforderung hin, ob er dieses ausprobieren möchte, ging er zum Seil, schaukelte kurz und rannte dann zurück zu seiner Mutter und versteckte sich mit dem Gesicht in deren Schoß. Die anschließende verbale Interaktion offenbarte, dass Norbert seiner Einschätzung nach versagt hatte und vom Seil abgerutscht war. Nach diesem selbsterlebten Mißerfolg ließ Norbert sich zunächst auf keine weiteren Angebote ein. Der Kontakt zu mir blieb jedoch über die verbale Ebene bestehen. Über das Gespräch versuchte ich seine Interessen und Neigungen herauszufinden, um einen möglichen Ansatzpunkt für gemeinsame Aktivitäten zu bekommen. Norbert wechselte jedoch von sich aus die Themen, wenn ich gezielter nachfragte bzw. ließ konkrete Fragen unbeantwortet. Anregungen meinerseits wehrte er verbal ab, indem er entweder auf mögliche Risiken hinwies *"Das Seil kann reißen und dann falle ich herunter"*, die Anforderungen bis ins Unermeßliche hinaufschraubte *"Ich brauche eine Leiter bis zum Himmel"* oder sich selbst völlig überdimensioniert präsentierte *"Ich laufe so schnell wie ein Motorrad"*, *"Ich bin stark wie ein Bär"*, *"Ich habe 100.000 Autos"*. Bei der Beschreibung seiner Modellautos wurde Norbert sehr lebhaft und beredt. Ich griff sein Interesse an Autos auf und zeigte ihm meine Kiste mit Spielzeugautos, die er interessiert aber auch geringschätzig betrachtete und kommentierte. In dieser Phase lief unsere Interaktion vornehmlich auf der sprachlichen Ebene und ich stellte keine Anforderungen an Norbert. Er selbst schien innerlich hin- und hergerissen und wechselte zwischen spontanem Spiel mit den Autos und Rückzug auf den Schoß der Mutter. Nach ca. 25 Minuten äußerte er gegenüber Frau B. den Wunsch die Sitzung zu beenden. Ich teilte ihm daraufhin mit, dass die Stunde noch 20 Minuten dauern würde und er anschließend nach Hause gehen könnte. Norbert schien über diese Zurechtweisung verärgert, betrachtete

mich wütend und setzte die Mutter durch intensives Nörgeln und Jammern unter Druck. Durch Blickkontakt signalisierte sie mir aber, dass sie sich an meine Zeitvorgabe hielt. Nachdem Norbert fünf Minuten vergeblich gequengelt hatte, endete er abrupt und schaute sich nochmals um. Dabei entdeckte er eine auf der Fensterbank liegende Drehkurbel zum Schließen und Öffnen einer Trennwand und fragte nach was dies sei. Ich erläuterte ihm die Funktion und erkundigte mich danach, ob er die Kurbel ausprobieren wolle. Zu meiner Überraschung stimmte er sofort zu und schloss mit großer Anstrengung und Ausdauer die fünfteilige Trennwand. Die Anordnung und das Schließen dieser Wand war ein vorstrukturierter, sich wiederholender Ablauf, den Norbert selbständig bewältigen konnte. Während der Durchführung ließ er sich auf Vorschläge einer leichteren Handhabung ein, ohne in den Rückzug zu gehen. Am Ende war er mit seiner Leistung sichtlich zufrieden und wirkte deutlich entspannter und gelöster. Er äußerte von sich aus den Wunsch, die Wand nochmals öffnen zu dürfen. Ich erklärte ihm, dass er dies noch machen könnte und danach unsere Stunde für heute beendet sei. Meine Frage, ob er in der nächsten Stunde wiederkommen wolle, bejahte er.

Basierend auf den Erfahrungen der vorangegangenen Stunde, die Norberts Ängste deutlich offenbart hatten und dem recht positiven Ende wählte ich als Einstieg für die zweite Stunde einen identischen Materialaufbau und plante, ihm als Sicherheit eine vertraute Aufgabe zu stellen. Norbert kam sofort aus dem Wartezimmer mit und lief vor der Mutter in den Therapieraum. Ich teilte ihm mit, dass er mir helfen müsse, die Trennwand aufzubauen, da meine Kollegin parallel den anderen Raumteil benötige. Norbert suchte sofort die Kurbel und arbeitete konzentriert am Aufbau der Wand. Im nunmehr kleineren Raum entdeckte er die an der Sprossenwand eingehängte Rutsche und bat darum, auch noch die Leiter einhängen zu können. Gemeinsam variierten wir den Aufbau und die Höhe der beiden Geräte, bis Norbert damit zufrieden war. Zwischendurch ging er immer wieder kurzfristig zu seiner Mutter, kehrte jedoch umgehend ins Handlungsgeschehen zurück. Interessiert betrachtete er seinen Aufbau, wollte jedoch von sich aus die Angebote nicht nutzen. Ich nahm einen am Boden liegenden Ball und ließ ihn die Rutsche herunterrollen. Norbert griff diese Idee auf und wiederholte den Ablauf. Dabei kletterte er auch auf die Leiter und die Sprossenwand, um den Ball besser plazieren zu können. Als Erweiterung der Spielidee stellte ich bunte Schaumstoffteile vor die Rutsche, die er mit dem Ball umschmeißen konnte. Norbert war von dieser Idee begeistert und veränderte im weiteren Verlauf die Aufbauten. Während dieser gesamten Phase war er deutlich bewegungsaktiver und wirkte entspannter. Er ließ sich auf meine Bitten um Hilfestellung ein und beteiligte sich aktiv am

Gestaltungsprozess, ohne sich zur Mutter zurückzuziehen. Das beobachtbare Handlungsrepertoire beschränkte sich auf wenige Handlungsmuster, die er wiederholt einsetzte, ohne sie zu variieren oder durch Exploration zu modifizieren. Die Ursachenzuschreibung bei missglückten Versuchen entsprachen denen eines deutlich jüngeren Kindes, dadurch dass den Gegenständen eine Eigendynamik zugeschrieben wurde, *"Der Ball ist doof, der fliegt nicht richtig"*, *"Die Rutsche ist blöd, die schubst den Ball runter"*.

Als ich Norbert mitteilte, dass die Stunde zu Ende sei, war er sehr enttäuscht und weigerte sich zu gehen. Er behauptete, dass die Stunde deutlich kürzer gewesen sei als die vorangegangene und er noch nicht alles ausprobiert habe, was er eigentlich machen wollte. Mit dem Versprechen in der nächsten Woche wiederkommen zu dürfen, war er schließlich bereit zu gehen.

Die nächsten beiden Stunden waren durch einen gleichförmigen Einstieg gekennzeichnet, indem zunächst die Trennwand geschlossen werden musste und Norbert sich anschließend selbsttätig mit dem vertrauten Aufbau auseinandersetzen konnte. Durch Materialergänzungen erweiterte ich die ursprüngliche Bewegungslandschaft. Norbert kam weiterhin gerne und zeigte in dem offenen, anforderungsfreien Setting ein erhöhtes Aktivitätspotential und Interesse an den Angeboten. Seine Handlungsideen blieben jedoch auf wenige sich wiederholende Muster beschränkt. Setzte er neue Materialien ein, wirkten die Handlungen oftmals konfus bzw. liefen sich fest, indem er z.B. immer wieder Seile aneinanderknotete, ohne sie später einzusetzen. Sehr prägnant war die kontinuierliche sprachliche Handlungsbegleitung, die eine Vielzahl konkreter und diffuser Ängste *"Ein Kind hatte bestimmt schon mal Angst, dass die Matte wegrutscht, kann das passieren?"* als auch eine ausgeprägte Lageorientierung offenbarten. Norbert äußerte häufig Schwierigkeiten bei der Handlungsausführung bat jedoch nicht um konkrete Hilfestellung oder Unterstützung. Er selber entwickelte nur wenige Problemlösestrategien, so dass es schnell zum Abbruch bzw. Wechsel in der Spielabfolge kam. Seine innere Anspannung in diesen für ihn nur schwer zu bewältigenden Situationen wurde durch seine sehr piepsige hohe Stimme und Sprache deutlich, die der eines deutlich jüngeren Kindes entsprach.

Für die folgende Stunde kündigte ich eine Veränderung an, den Wechsel in den Trampolinraum. Norbert erschien zu dieser Einheit mit seinem Teddy, der als Schutzobjekt Dinge ausprobieren musste bzw. Norbert daran hinderte, aktiv tätig zu werden, da Teddy lieber durch die Luft purzelte und aufgefangen werden musste, als dass Norbert springen konnte. In dieser unbekannten Situation redete Norbert nahezu ohne Unterlaß, ohne jedoch in die Handlung zu kommen und mit den angebotenen Materialien tätig zu werden. Angebote

oder Spielanregungen von mir überhörte er oder "überspielte" sie mit seinem Teddy. In dieser Stunde wirkte er irritiert und fand nicht die innere Ruhe und Sicherheit, sich auf Spielsequenzen einzulassen.

Eine Überprüfung Norberts motorischen Leistungen mit einem motometrischen Verfahren war aufgrund seiner ausgeprägter Verweigerung von konkreten Anforderungen nicht möglich.

Motologischer Befund

Verhaltens- und Bewegungsbeobachtung in freien Spiel- und Bewegungssituationen

Motorik/Wahrnehmung

Im vertrauten werdenden Setting war Norbert ein bewegungsfreudiges Kind, das mit einem begrenzten Bewegungsrepertoire agierte. Neue, ihm nicht bekannte Bewegungsaufgaben und -muster mied er oder lehnte sie direkt ab. Die Beobachtung der Alltagsmotorik ließ Schwächen in der raum-zeitlichen Koordination und sequentiellen Regulation komplexer Bewegungsabläufe erkennen. Besonders deutlich wurden Anpassungsprobleme bei der Verarbeitung vestibulärer Reize beim Schaukeln und Springen.

Die kurzen Sequenzen graphomotorischer Aktivitäten zeigten eine Präferenz der rechten Hand beim Schneiden und Malen, obgleich während der Bearbeitung die stiftführende Hand auch gewechselt wurde. Die Feinsteuerung war wenig differenziert und koordiniert, so dass sehr ungelencke Formen entstanden. Norbert verweigerte meistens graphomotorische Anforderungen, lediglich eine Piratenfahne gestaltete er kurzfristig mit einem Piraten als Kopffüßler.

Spiel

Norberts Spielverhalten war durch eine ausgeprägte Funktionsorientierung gekennzeichnet, bei welcher der Gegenstand und das Handeln damit im Vordergrund standen. Er verband die Materialien konstruktiv miteinander, wobei der Eindruck entstand, dass Norbert in den Handlungen verhaftet war und sie nicht zu einem für ihn zufriedenstellenden Ergebnis führten. Vielmehr wurde nach einer längeren Konstruktionsphase das Spiel unvermittelt abgebrochen und neue Tätigkeiten aufgenommen. Eine Fortführung oder Integration des Gebauten in weitere Spielsequenzen lehnte er ab.

Gegen Ende der Diagnostikphase entstanden erstmals kleinere Rollenspiele (Piratenschiff bauen), in der keine Rollenübernahme oder Identifikation mit den Protagonisten erfolgte, sondern vielmehr die Idee als Handlungsrahmen (Brettschaukel als Piratenschiff, das mit Tüchern gegen Eindringlinge gesichert werden musste) fungierte.

Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich

Norberts Verhalten war durch eine ausgeprägte Rückzugs- und Verweigerungstendenz bei neuen, unbekannten Anforderungen gekennzeichnet. Seine Reaktionen entsprachen dabei denen eines deutlich jüngeren Kindes mit Schmollen, Verkriechen in den Schoß der Mutter und Weinen. Nur eine sehr behutsame und an vertrauten Strukturen orientierte Situationsgestaltung konnte Norbert zur Mitarbeit motivieren. Bei antizipiertem Mißerfolg zog er sich umgehend zurück, da er kein Vertrauen in seine eigene Handlungsfähigkeit zu haben schien. Seine verbalen Äußerungen offenbarten zudem eine massive Lageorientierung und Versagensangst. Als Konsequenz aus mangelnden Fähigkeiten und einer wenig erfolgsorientierten Selbsteinschätzung verfügte Norbert nicht über ein angemessenes Anspruchsniveau, sondern über- oder unterschätzte sich und andere häufig *"Mein Freund kann bis zum Himmel schaukeln"*. Gleichzeitig musste er zur Aufrechterhaltung seines Selbstbildes den Spielpartner, in diesem Fall die Therapeutin, in ihrem Leistungsvermögen abwerten, *"das kannst du sowieso nicht"*.

Intellektuelle Fähigkeiten

Norberts eloquente Äußerungen deuteten auf eine altersgemäße Auffassungsgabe und ein entsprechendes Aufgaben- und Sprachverständnis hin. Seine sprachlichen Aktivitäten hatten neben der Handlungsbegleitung oftmals *"Füllfunktionen"*, indem er primär verbalisierte und nicht handelnd tätig werden musste. Einfach Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge konnte er adäquat erfassen und benennen. Auf der Handlungsebene zeigten sich leichte Unsicherheiten bei der Planung und Ausführung.

Sozialverhalten

Beim Erstkontakt wirkte Norbert sehr zurückhaltend und ängstlich, klammerte sich an die Mutter und verließ ihren Schoß nicht. Im vertrauteren Setting wurde er dann offener und sicherer, begegnete der Therapeutin freundlich distanziert. Veränderungen in den Umgebungsbedingungen irritierten ihn sehr leicht, so dass er immer skeptisch und wachsam wirkte, um sich bei drohenden Anforderungen schnell zurückziehen zu können.

Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)

Eine motometrische Untersuchung war in der Eingangsphase aufgrund der massiven Verweigerungstendenz nicht möglich.

Trampolinscreeningtest (TST)

Norbert wollte nur ein paar Mal springen und wick dann in andere Spielformen bzw. inten-

sive verbale Beschreibungen über den Aufbau des Trampolins aus. Die einzelnen Sprünge waren sehr niedrig und eher stampfend, es schien als wolle Norbert größere Höhen vermeiden. Deutlich zu erkennen war eine ausgeprägte Zick-Zack-Haltung, Armpassivität beiderseits und Seitabweichungen von der Tuchmitte. Die fehlende Bewegungskontrolle durch die Fremdkinetik des Tuches schienen Norbert unangenehm zu sein und förderten seinen Rückzug aus diesem Bewegungsangebot.

Fragebogen zur Erfassung internaler/externaler Kontrollüberzeugungen

Die Auswertung des Fragebogens zu den Kontrollüberzeugungen ergab bei der ersten Befragung mit 8 Nennungen (im Vgl. 3 Items interne KÜ) eine ausgeprägte externe Zuschreibung für positive Ereignisse. Die Attribution für negative Ereignisse lag mit 9 Nennungen ebenfalls bei einer deutlichen Gewichtung externaler Ursachen (im Vgl. 2 Items interne KÜ). Diese für positive wie negative Ereignisse hochgradige Externalität war ein deutlicher Ausdruck Norberts abwertender Einschätzung seiner eigenen Wirksamkeit. Diese Ergebnisse legten die Vermutung nahe, dass Norbert sich als hilflos und inkompetent erlebte, überhaupt Einfluss auf die umgebende Umwelt nehmen zu können. Als Folge dieser erlebten Hilflosigkeit waren depressive Verstimmungen zu befürchten, die bereits ansatzweise in seinem Rückzugsverhalten und seinem mangelnden Umweltinteresse zum Ausdruck kamen.

Fragebogen zur Selbstwahrnehmung

Norberts Einschätzung in Bezug auf sein Selbstvertrauen und seine Selbständigkeit unterstützen die o.g. Hypothesen. Er hielt sich selber für eine wenig lebenswerte, wichtige und kompetente Persönlichkeit und war der Überzeugung, dass auch Außenstehende ihn so sahen. Er erlebte sich selbst als wenig selbständig bei der Bewältigung alltäglicher Herausforderungen (Schuhe zubinden, Kleider aussuchen, Brot schmieren). Parallel dazu schätzte er die mütterliche Unterstützung als sehr repressiv ein, die ihm wenig Handlungsspielraum und Anerkennung zukommen ließ.

Zusammenfassende Interpretation

Norberts auffälliges Verhalten war als Folge eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges anzusehen. Seine eigene Lebensgeschichte war bis zum aktuellen Zeitpunkt vom Verlust wichtiger Bezugspersonen (leibliche Mutter, Pflegevater, Großvater) und der Einbindung in eine nicht unbelastete Familienkonstellation gekennzeichnet (Trennung der Pflegeeltern,

psychotherapeutische Behandlung der Adoptivschwester, Pflege der Großmutter). Norbert selber brachte Probleme in den motorischen Basiskompetenzen mit, die seine handelnde Auseinandersetzung bis dato erschwert hatten. Als Folge eines wenig sicheren emotionalen Rückhaltes und denkbarer Überforderung durch nicht angemessene Angebotsstrukturierung hatte sich eine ausgeprägte Mißerfolgsorientierung aufgebaut. Diese in Kombination mit leicht dyspraktischen Tendenzen führten dazu, dass Norbert in Anforderungssituationen perseverierend über mögliche Mißerfolge und Konsequenzen nachdachte, die dann den Abruf weiterer Handlungsmuster erschwerten und das Gefühl lähmender Machtlosigkeit erzeugten. Als logische Konsequenz daraus vermied er zunehmend diese Anforderungssituationen und zog sich auf vertraute, seinem Alter nicht angemessene Spielsituationen und Bewältigungsstrategien (Kuscheltiere als Hilfs-Ich) zurück. Die Anforderungen des Kindergartens hatten durch den Vergleich und die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen diese Problematik noch verschärft. Erschwerend kam hinzu, dass im Kindergarten durch den Weggang seiner Erzieherin ein weiterer Beziehungsabbruch seinen Lebensweg begleitete. Das therapeutische Procedere gründete auf einem vielschichtigen Ansatz, um die drohende seelische Behinderung aufzufangen.

Therapieziele und Therapieplanung

Therapiezielwünsche der Mutter des Klienten

Im Hinblick auf die im kommenden Jahr anstehende Einschulung hatte die Erweiterung der (hand-)motorischen Kompetenzen für Frau B. erste Priorität. Seine Verweigerung im Kindergarten wertete sie als Konsequenz der geringen fachlichen Kompetenz der Pädagoginnen und sah in diesem Bereich nur bedingt Handlungsbedarf. Problematischer waren für sie Norberts sozialen Kompetenzen, da er sich auch bei ihren Freundinnen und deren Kinder zurückzog und damit gemeinsame Kontakte schwierig wurden. Für Frau B. standen Norberts emotionale Empfindlichkeit und seine Zurückgezogenheit im Zusammenhang mit dem Tod des Großvaters, der viel Zeit mit ihm beim Basteln und Handwerken verbracht hatte.

Therapiezielwünsche der Therapeutin

Die Informationen aus dem Kindergarten und die Beobachtungen des Neuropädiaters während der Untersuchung bestätigten die Annahme, dass Norbert sich aus jeglichen Anforderungssituationen zurückzog und die Mitarbeit verweigerte. Aus meiner Sicht waren seine ausgeprägte Angst vor Mißerfolg und die durch Lageorientierung verstärkte Planungs- und

Handlungsunsicherheit der Grund für Norberts verweigerndes, entwicklungshemmendes Verhalten. Welche kindlichen Dispositionen und Lebenserfahrungen ursächlich zu diesen psychischen Regulationsmechanismen geführt hatten, konnten nur hypothetisch als in unzureichenden eigenen Kompetenzen und den frühen Bindungserfahrungen begründet angenommen werden. Vorrangigstes Ziel war demzufolge die Vermittlung erfolgreicher Wirksamkeitserfahrungen in Verbindung mit einer angemessenen internalen Ursachenzuschreibung, so dass Norbert in einer responsiven, annehmenden Atmosphäre wieder Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten erlangen konnte. In einem zweiten Schritt wurde durch die erhoffte Öffnung für neue Angebote und Aufgaben die quantitative und qualitative Erweiterung der motorischen Kompetenzen angestrebt und erwartet. Die Förderung der sozialen Fähigkeiten in einer Kleingruppe wurde erst zu einem späteren Zeitpunkt intendiert, da Norbert m.E. erst in seinem eigenen Selbstvertrauen und Selbsterleben gefestigt sein musste, bevor er sich der vergleichenden Konkurrenz eines anderen Kindes stellen konnte. Eine vorzeitige Gruppenförderung hätte möglicherweise eine Wiederholung festgefahrener Handlungsmuster im therapeutischen Setting bedeutet, die unter den gegebenen Umständen kaum zu beeinflussen waren.

Die unterschiedliche Gewichtung der Therapieziele, die mit einer entsprechenden therapeutischen Vorgehensweise korrelierte, musste im gemeinsamen Elterngespräch geklärt werden. Frau B. stimmte meinem Therapieplan zu, obgleich sie immer wieder die Notwendigkeit der Förderung der motorischen und sozialen Kompetenzen für die Einschulung betonte. Ihr Einverständnis mit dem geplanten Procedere resultierte m.E. hauptsächlich aus dem Druck der beteiligten Institution.

Zielerreichungsskala

Gemeinsam mit der Mutter wurden folgende Ziele vereinbart und differenziert beschrieben:

Ziel Nr. 1: Erfahrungen eigener Wirksamkeit als Basis für die selbsttätige Auseinandersetzung mit Anforderungen der Umwelt (Faktor 3)

4 = 100% = öffnet sich für diverse Handlungsfelder, nimmt inhärente Herausforderungen an und entwickelt eigenständig Lösungswege

3 = 75% = sucht sich selbständig neue Handlungsfelder (z.B. Turnverein), in deren Rahmen er sich auf bekannte Herausforderungen einlässt

2 = 50% = geht in vertrauten Situationen selbständig auf neuen Materialien zu, entwickelt eigene Spiel- und Handlungsideen

1 = 25% = zeigt Interesse an angebotenem Spielmaterial; überträgt vertraute Handlungsstrukturen auf neue Materialien

0 = Ausgangslage = hat kaum Interesse an neuen Herausforderungen, verhaftet in vertrauten Strukturen

-1 = Verschlechterung = verweigert die Mitarbeit in außerhäuslicher Umgebung; zieht sich aus Spielsituationen innerhalb und außerhalb der Familie zurück

Ziel Nr. 2 Erweiterung und qualitative Verbesserung motorischer Kompetenzen (Faktor 3)

4 = 100% = setzt selbsttätig verschiedene Bewegungsabläufe, die der Kinderalltag bietet Schaukeln, Klettern, Rutschen, Fahrrad fahren ein

3 = 75% = experimentiert selbständig mit diversen Bewegungsabläufen z.B. auf dem Spielplatz

2 = 50% = läßt neue Bewegungsabläufe unter Anleitung zu und probiert aus

1 = 25% = setzt vertraute Bewegungsabläufe in verschiedenen, auch unbekannten Situationen ein

0 = Ausgangslage = beschränkt seine motorischen Aktivitäten auf Gehen, Laufen, Hüpfen, Schaukeln, graphomotorische Aktivitäten werden vermieden

-1 = Verschlechterung = verweigert motorische Aktivitäten, die über die Alltagsmotorik hinausgehen

Ziel Nr. 3 Erwerb sozialer Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen (Faktor 1)

4 = 100% = sucht und findet in neuen Handlungsfeldern (Verein, Schule) Kontakt zu anderen Kindern, baut Freundschaften auf

3 = 75% = läßt in neuen Situationen Kontakt zu anderen Kindern zu, nimmt Spielangebote an

2 = 50% = sucht im vertrauten Rahmen (Kindergarten, Elternhaus) von sich aus Kontakt zu anderen Kindern, lädt sich Kinder zum Spielen ein

1 = 25% = akzeptiert Kontakt zu gleichaltrigen Kindern im vertrauten Rahmen (Kindergarten, häusliches Umfeld) und spielt mit ihnen

0 = Ausgangslage = spielt nur mit einem Jungen im Kindergarten, soziale Bezüge zu anderen Kindern durch Aktivitäten der Mutter

-1 = Verschlechterung = verweigert jegliche soziale Kontakte zu Kindern befreundeter Familien; völliger Rückzug aus den sozialen Bezügen im Kindergarten

Geplante und vereinbarte Interventionen

Ausgehend von den intendierten Therapiezielen lag der Schwerpunkt des therapeutischen Vorgehens im Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, die es Norbert ermöglichen sollte, seine massiven Versagens- und Mißerfolgsängste abzubauen und sich in einem geschützten Rahmen den situativen Anforderungen stellen zu können. Seine ausgeprägte Verunsicherung in neuen, unbekannten Situationen machte eine sehr behutsame Vorgehensweise erforderlich, bei der Norbert zu Beginn jeder therapeutischen Einheit vertraute und emotional positiv besetzte Raum- und Materialanordnungen vorfand, die ihm Sicherheit gaben und ihm zugleich Handlungsmöglichkeiten offerierten. Meine Aufgabe bestand primär darin, die Angebotsstruktur so zu wählen, dass Norbert seine vorhandenen Ressourcen aktivieren konnte und Mißerfolge möglichst ausblieben. Zudem sollte er im Parallelspiel kontingente und responsive Rückmeldungen auf seine Handlungen erhalten, die ihn als Verursacher erfolgreich bewältigter Aufgaben bestätigten. Der intensive psychomotorische Dialog, der als vertrauensbildende Maßnahme die Basis des weiteren Vorgehens darstellte, konnte nur als Einzelförderung realisiert werden. Diese Handlungsweise implizierte, dass Norbert über einen längeren Zeitraum die inhaltliche Ausrichtung und Gestaltung der Stunden beeinflussen würde, was in seiner logischen Konsequenz die Wiederholung bekannter Spielstrukturen und für die Mutter Stagnation im therapeutischen Prozess bedeuten könnte. Aus diesem Grund war die begleitende Hospitation und Beratung der Mutter in Gesprächen eine wesentliche Maßnahme, um ihr mein methodisches Vorgehen transparent zu machen und zugleich Chancen einer veränderten Betrachtung und Zugangsweise zum Kind zu eröffnen. Ausgehend von der Arbeitshypothese, dass die Wirksamkeitserfahrungen und das steigende Selbstvertrauen Norberts Motivation für die Auseinandersetzung mit neuen Anforderungen und Entwicklungsaufgaben entfachen würden, sollte in einem zweiten Schritt die Förderung der grob- und feinmotorischen Kompetenzen durch variable und vielfältige Spiel- und Bewegungsangebote umgesetzt werden. Auf der Basis eines breiteren Handlungsrepertoires und einer positiven Selbsteinschätzung wurde für die dritten Phase die Überprüfung der neuerworbenen Handlungsstrategien und der Aufbau sozialer Kommunikationsstrategien in einer Kleingruppe angestrebt.

2. Therapieverlaufs- und Therapieprozessdaten

Orientierungsphase

Therapeutisches Setting

Als positiv besetzten Einstieg in die ersten Therapieeinheiten wählte ich das Schließen der Trennwand, das wir nach fünf Stunden zugunsten der ursprünglich gewählten Rutsch-Kletterkombination aufgeben konnten. Norbert kam in dieser ersten Phase zunehmend sicherer und selbstbewusster in den Raum, betrachtete die Angebote und wählte spontan eine bekannte Spielform (Bälle die Rutsche herunterrollen lassen, Türme umwerfen). Die sich an diese Spielwiederholungen anschließenden Handlungen wirkten unstrukturiert und wie eine Aneinanderreihung von Einzelsequenzen, die in keinem direkten inhaltlichen Bezug standen. Er fragte häufig nach, *wie er etwas bewerkstelligen könne, was er damit anfangen könne*, etc.. Hinzu kamen umfassende lageorientierte Äußerungen, die das Ausmaß seiner Ängste und seine Planungsunsicherheit verdeutlichten. Norbert benannte zwar von sich aus eigene Ideen z.B. einen Turm aus Autoreifen zu bauen, probierte es auch aus, indem er zwei Reifen aufeinanderstapelte, wechselte dann aber unvermittelt zu einer anderen Aufgabe. Für mich nicht eindeutig zu beurteilen waren die Gründe für seinen Wechsel, waren es ausschließlich seine Planungsprobleme, die einmal begonnene Handlung entsprechend seinen Vorstellungen fortzusetzen oder hatte er Schwierigkeiten das laufende Verhaltensoberprogramm aufrecht zu erhalten? Die therapeutische Intervention gestaltete sich in dieser Phase schwierig. Griff ich nicht in seine Handlungsvollzüge ein, dann verlief die Stunde als eine Aneinanderreihung einzelner Handlungssequenzen, die für Norbert nicht zu einem befriedigenden Spielergebnis führten und/oder er war so enttäuscht über das Nicht-Gelingen seiner Ideen, dass er frustriert und enttäuscht zu weinen begann. Bot ich ihm Anregungen an, bestand die Gefahr, dass er sich durch die antizipierte inhärente Anforderung bedroht fühlte und sofort aus dem Geschehen zurückzog. Als geeignete Form des psychomotorischen Dialogs bewährte sich schließlich eine Mischung aus Parallelspiel mit modellhafter Variation der Abläufe. Hatte Norbert sich eine Bewegungsaufgabe gesucht, z.B. mit dem Rollbrett eine kleine Rampe hinunterzurollen, wiederholte ich zunächst seine Ausführung und variierte im nächsten Durchgang meinen Ablauf, indem ich eine andere Sitzposition wählte oder Materialien (z.B. eine Mauer aus leeren Joghurtbechern zum Umfahren) hinzunahm. Zu Beginn schaute Norbert mir lediglich interessiert zu, kommentierte meine Aktion entweder mit angstbesetzten "*da kann man sich aber dran wehtun*" oder abwertenden Äußerungen "*da ist ja babyleicht*" und schien förmlich darauf zu warten,

dass ich ihn zur Nachahmung aufforderte. Statt dessen verbalisierte ich lediglich handlungsrelevante Informationen wie *"wenn ich im Sitzen runter fahre, kann ich die Dosen mit meinen Schuhen umschmeißen"*, ohne ihn zur Imitation zu drängen. In dem Bewußtsein, dass es seine eigene freie Entscheidung war, diese Aufgabe anzunehmen, konnte Norbert die Anregungen aufgreifen und ausprobieren. Meine vorrangige Aufgabe bestand darin, Variationen zu wählen, die er mit großer Wahrscheinlichkeit erfolgreich bewältigen konnte.

Im weiteren Verlauf öffnete sich Norbert zusehend und aus dem Parallelspiel entwickelten sich mehr und mehr gemeinsame Spielhandlungen, in der wir als Partner gegenseitig Ideen austauschen und einbringen konnten. Als neues Problem gestaltete sich der Abschluss der Stunde. Obgleich ich mit einem Vorlauf das Ende der Stunde ankündigte, war Norbert jedes Mal zutiefst betrübt und verärgert, gehen zu müssen. Er suchte verschiedene Ausflüchte, um noch bleiben zu können.

Norberts wachsende Bereitschaft, im gegenseitigen Austausch neue Spiel- und Bewegungsangebote zu entwickeln und sich kritischen Situationen zu stellen, bildeten den Übergang in die nächste Arbeitsphase.

Während der Stunden musste Frau B. auf Norberts Wunsch hin anwesend sein, obgleich er weder ihren direkten Schutz suchte, noch sie in das Spiel mit einbezog. Sie fungierte vielmehr als sichere Bezugsbasis. Dieses Bindungsmuster erinnerte sehr an das eines jüngeren Kindes, das intensiv explorieren und erkunden kann, so lange die Bezugsperson im Raum anwesend ist.

Familiäres Setting / Situation im Kindergarten

Frau B. hatte bereits zu Beginn der Therapie ihren Unmut über den Wechsel der Gruppenleitung geäußert, da sie die vorherige Fachkraft im Umgang mit Norbert als sehr kompetent und wohlwollend erlebt hatte. Ihre Haltung zu der neuen pädagogischen Leitung war eher kritisch und Frau B. sah einen Teil der Ursachen für Norberts auffälliges Verhalten im Kindergarten in der mangelnden fachlichen Kompetenz und dem fehlenden Willen, sich auf das Kind einzulassen, begründet. Die diskrepanten Einschätzungen der Erzieherinnen und der Mutter über die aktuelle Situation förderten die Entscheidung von Frau B., Norberts Wunsch nicht in den Kindergarten zu gehen, zu unterstützen, so dass der Kindergartenbesuch nur noch sehr unregelmäßig erfolgte, was einer besseren Integration in die Gruppe nicht zuträglich war.

Auseinandersetzungsphase

Therapeutisches Setting

Frau B. war seit Beginn dieser Phase nicht mehr im Raum anwesend, sondern hatte sich auf meinen Wunsch hin in den Beobachtungsraum gesetzt, um das therapeutische Geschehen dort zu verfolgen. Zu Beginn musste Norbert sich noch ihrer Anwesenheit vergewissern, im weiteren Verlauf schien er ihre nicht sichtbare Gegenwart jedoch zu vergessen. Von dem Zeitpunkt an als die Mutter nicht mehr mit im Raum war, brachte Norbert jedes Mal ein Spielzeug von zu Hause mit. Anfangs handelte es sich überwiegend um Playmobil Fahrzeuge, die als Einstieg kurzfristig in die Spielsequenzen eingebunden wurden, dann aber meist liegen blieben. Später brachte Norbert dann seinen Kuschelhasen mit, der ihn die Stunde über begleitete und zahlreiche Hilfsfunktionen übernahm, indem er Ängste äußerte, Hilfe einforderte oder schlichtweg nicht wollte, dass sein "Herrchen" etwas machte. Der Einsatz des Hasen variierte entsprechend Norberts Einschätzung über die Bewältigbarkeit und Bedrohung neuer Aufgaben.

Der Beginn dieser Phase verlief erfolgversprechend. Norbert kam zu jeder Therapieeinheit gut gelaunt und fröhlich, erwartete mit Spannung die jeweiligen Aufbauten und ging spontan auf neue Aufgaben ein. Von sich aus äußerte er immer häufiger den Wunsch, spezifische Materialien und Spiele kennen zu lernen, darunter auch die für seine Peer-group dominierenden Spielformen wie Fußball spielen und Skateboard fahren. Norbert zeigte eine deutlich gesteigerte Ausdauer bei problemorientierten Aufgaben, die es ihm ermöglichte, eigenständig nach Lösungswegen zu suchen. Es kam auch noch zu Handlungsabbrüchen und Verweigerung, die sich jedoch in einer gemeinsamen Reflexion über die Ursachen und Änderungsmöglichkeiten auflösen ließen. Norbert signalisierte zunehmend mehr Bereitschaft, sich mit dem Anlaß für seinen Rückzug auseinanderzusetzen und gemeinsam nach Änderungen und Auswegen zu suchen. Es gelang ihm, seine Ängste in den Situationen zu konkretisieren und schaffte damit die Voraussetzung über gemeinsame Analysen, die erlebten Hindernisse zu verifizieren und auszulöschen oder sie zu falsifizieren und in ein realistisches Bild zu überführen. Gegen Ende dieser Phase entsprach die Stundenstruktur einem Wechsel aus gezielten Angeboten, die der Förderung seiner (hand-)motorischen Probleme dienten und der Entwicklung von Spielsequenzen, die Norberts Bedürfnis nach Verarbeitung verschiedener Themen entsprachen. Norbert wirkte in seinem Selbstvertrauen und der Einschätzung seiner eigenen Wirksamkeit deutlich stabiler, was in der Öffnung für neue Angebote zum Ausdruck kam. Sein reflektierender Umgang mit eigenen Ängsten und die Fähigkeit, die Ursachen für Probleme differenzierter zu erfassen,

boten die Voraussetzung, seine neu erworbenen Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit einem anderen Kind zu stabilisieren und ein neues Erfahrungsfeld zu erschließen.

Familiäres Setting/Situation im Kindergarten

Frau B. bestätigte die insgesamt positive Entwicklung auch für den häuslichen Bereich. Norbert male inzwischen von sich aus, die Stifthaltung und die Ausgestaltung seiner Zeichnungen würden zunehmend besser und er selber sei auch damit zufrieden. Er baue ausdauernd und differenziert mit Legosteinen. Ihr gegenüber reagiere er aber immer noch mit heftigen Wutanfällen, wenn etwas nicht gelänge und lehne ihre Änderungsvorschläge ab. Das Verhältnis zu seiner Schwester sei eher gespannt und von häufigen Auseinandersetzungen gekennzeichnet, da Norbert jetzt vermehrt den "Großen" darstelle, der sich nichts mehr gefallen lasse. Auf die Problematik und den Vorschlag von gemeinsamen Geschwisterstunden zum Umgang mit der veränderten Rollenzuschreibung innerhalb des Familiensystems angesprochen, wies Frau B. dieses Anliegen zurück, da sie im Moment genug mit ihrer Tochter allein zu tun habe, die eine Eßstörung entwickle und in psychotherapeutischer Behandlung sei.

Zeitgleich stand die Frage der bevorstehenden Einschulung von Norbert an. Ich teilte die Meinung von Frau B., dass Norbert trotz seines Alters nicht über die notwendigen Lern- und Arbeitsstrategien für eine erfolgreiche Schullaufbahn verfüge. Trotz der sich immer weiter zuspitzenden Auseinandersetzung zwischen den Erzieherinnen und Frau B. wollte sie eine Rückstellung und den Verbleib im Kindergarten beantragen. Die Gründe für ihren Wunsch nach Rückstellung vom Schulbesuch lagen nur zu einem Teil in der Wahrnehmung von Norberts Schwierigkeiten, ihr zentrales Anliegen war, dass eine befreundete Lehrerin, die einen ausgesprochen guten Ruf genoss erst im folgenden Jahr wieder eine erste Klasse übernahm. Um die Rückstellung fachlich zu fundieren und die weitere (vor-)schulische Versorgung optimal zu gestalten, empfahl ich eine psychologische Untersuchung zur Überprüfung des Entwicklungsstandes in unserer Einrichtung. Mit einer gewissen Skepsis bzgl. einer zusätzlichen Belastung für Norbert stimmte Frau B. diesem Vorschlag schlussendlich zu.

Zum Zeitpunkt der wenige Wochen später stattfindenden psychologischen Untersuchung hatte sich der Konflikt mit dem Kindergarten derart zugespitzt, dass Frau B. Norbert ganz herausgenommen hatte und er nun bis zum fraglichen Schuleintritt in vier Monaten zu Hause bleiben sollte.

In der Untersuchung fiel es Norbert außerordentlich schwer, sich auf die fremdgesetzten Anforderungen einzulassen. Er bot eine Palette an Ausweichverhalten (sich schlafend

stellen, über Anforderungen hinweg reden, das Zimmer verlassen) und es bedurfte einer erhöhten Motivationsarbeit, ihn auf die Testanforderungen auszurichten. Das anhand zweier Intelligenzverfahren ermittelte intellektuelle Leistungsvermögen entsprach bei dissoziiertem Leistungsprofil nicht dem Altersbereich. Norberts theoretisch-sprachliche Leistungen waren altersgemäß entwickelt, die handlungsgebundenen Leistungen entsprachen hingegen nicht dem Normbereich. Aufgrund seiner wenig entwickelten Anpassungsfähigkeit an Leistungssituationen, seiner geringen Aufmerksamkeitsspanne und Ausdauer sowie seiner fein- und grobmotorischen Probleme war er nicht schulfähig. Die Psychologin empfahl die Zurückstellung vom Schulbesuch mit Direkteinweisung in den Schulkindergarten. Sie interpretierte die ausgeprägte Abwehr gegen Leistungsanforderungen als Ausdruck seines diskrepanten Leistungsprofils und sah eine weitere Ursache in den fehlenden Erfahrungen mit altersgemäßen Entwicklungsaufgaben. Die Herausnahme aus dem Kindergarten hatte diesen Erfahrungsmangel und das Ausweichverhalten von Norbert zusätzlich unterstützt.

Die Aufnahme in den Schulkindergarten wurde bereits im Vorfeld von Frau B. kritisch betrachtet. In Verkennung von Norberts Leistungsvermögen befürchtete sie einen negativen Einfluss auf ihren Sohn durch die anderen "lernbeeinträchtigten" Kinder seiner Klasse. Ihre Unzufriedenheit mit dieser vorschulischen Institution bezog sich nicht nur auf Rahmenbedingungen wie z.B. die Gestaltung des ersten Schultages mit Schultüte und Tornister, sondern auch auf die fachlichen Kompetenzen der Pädagogin Frau K., die "lediglich" Sozialpädagogin sei. Ihre kritische Einstellung änderte sich auch im weiteren Verlauf nicht, statt dessen berichtete sie nach jeder Therapieeinheit über die katastrophale Unterrichtung und zeigte unterstützendes Verständnis für Norberts wachsenden Unmut, den Unterricht zu besuchen.

Erweiterungsphase

Therapeutisches Setting

Für die therapeutische Gruppe hatte ich den gleichaltrigen Silas¹⁵⁵ ausgewählt, da er aufgrund seiner intellektuellen Kompetenzen Norbert modellhaft anregen und unterstützen konnte, ihn durch seine sehr zurückhaltende Art aber nicht in Bedrängnis brachte. Für die erste gemeinsame Stunde gestaltete ich eine vertraute Bewegungslandschaft, in der beide Kinder ein sicheres Territorium vorfanden und über Handlungsmöglichkeiten verfügten. Sie gingen freundlich distanziert aufeinander zu und beschäftigten sich abwechselnd mit den

Bewegungsangeboten. Silas nahm als erster sprachlichen Kontakt zu Norbert auf, indem er ihm mitteilte, dass er den gleichen Stoffhasen habe. Diese Geste stellte für Norbert eine wesentliche Entlastung dar, da er nicht von einem anderen Kind wegen seines Kuscheltieres ausgelacht wurde, sondern eine positive Rückmeldung erhielt. Norbert blieb in einer eher abwartenden Haltung, ließ sich aber auf die gemeinsamen Aktivitäten ein und stimmte am Ende der Stunde der Fortsetzung der Gruppentherapie zu.

Der inhaltliche Schwerpunkt lag in dieser Phase in der gemeinsamen Ausarbeitung und Gestaltung von Bewegungsgeschichten, die ein umfassendes Repertoire an Bewegungsmöglichkeiten enthielten. Norbert wiederholte häufig vertraute Handlungsmuster und Spielsequenzen, die dann von Silas modifiziert und von beiden ausprobiert wurden. Dieses Grundmuster aus Norberts vertrauten Einstiegsaktivitäten, die Silas als Auslöser weiterer Spielideen deutete, ermöglichte eine spielerische Erweiterung der motorischen Kompetenzen beider Kinder. Die unterschiedliche Gewichtung der Handlungsaktivitäten beider Kinder Norbert mit dem Mut, Handlungen zu initiieren und Silas mit den Möglichkeiten sie zu verändern, schaffte die Voraussetzung, dass beide Kinder auf verschiedenen Ebenen Modellfunktion übernehmen konnten.

Der positiven Entfaltung motorischer Fähigkeiten stand eine eher wechselhafte Entwicklung auf der psychisch-emotionalen Ebene gegenüber. Norbert ließ sich prinzipiell auf alle Spielideen und Aufgaben ein, die weiterführende Auseinandersetzung war jedoch durch zwei Handlungstendenzen gekennzeichnet. Entweder wandelte er die Aufgabenstellung oder Lösungswege trotz vorhandener Alternativen ab oder er zog sich nach einiger Zeit aus den gemeinsamen Aktivitäten heraus und beschäftigte sich mit einer eigenen Idee. Die erste Tendenz schien weniger in der Notwendigkeit einer Aufgabenabwandlung aus Handlungsunsicherheit begründet als vielmehr in dem Wunsch, eigenständig bestimmen zu können. Eine Einschätzung, die sich im weiteren Verlauf der Therapie bestätigen sollte und die Norbert bekräftigte, indem er zu einem späteren Zeitpunkt seine Abneigung gegen Fremdbestimmung explizit äußerte *"du sollst nicht über mich bestimmen"* *"keiner darf über mich bestimmen"*. Sein kontinuierliches Erleben, dem Tun anderer hilflos ausgeliefert zu sein, resultierte aktuell aus den Vorgängen, die sich um seine weitere schulische Versorgung rankten.

Der spontane Rückzug aus gemeinsamen Handlungen und die Hinwendung zu anderen Aktivitäten schien einerseits in einer Instabilität der Verhaltensoberprogrammsteuerung begründet, die durch neu eintreffende Reize zu einem raschen Wechsel im laufenden

Oberprogramm führte. Andererseits wuchs die Reizoffenheit je komplexer die Spielverläufe wurden, so dass möglicherweise Unsicherheiten in der Fortführung der Handlung ein Ausweichen in andere Programme unterstützte.

In den gemeinsamen Spielen sprachen sich die beiden Jungen zunehmend mehr ab und entwickelten gemeinsame Ideen. Norberts unvermittelter Wechsel von einer Spielhandlung zu einer anderen hatte aber zur Folge, dass kontinuierliche gemeinsame Spielaktivitäten nur schwer möglich waren und das Gruppengeschehen primär durch Parallelspiel charakterisiert war. Seine Rückzugstendenzen boten zwar auch die Möglichkeit Ursachen für bedrohlich erlebte Situationen anzusprechen und modellhaft Attributionsänderungen vorzunehmen, die Schwierigkeit bestand jedoch darin, Norbert über einen begrenzten Zeitraum in ein Gespräch einzubinden. Er war in seinem Arbeitsverhalten eher impulsiv und wandte sich bei einzelnen Stichworten direkt der Aufgabenstellung zu, ohne weitere Absprachen oder Rückmeldungen abzuwarten. Ebenso spontan beendete er auch wieder seine Aktivitäten, wenn sie eine gewisse Komplexität erreichten. Wesentlich ausdauernder und konzentrierter war Norbert hingegen bei simplen funktionalen Handlungen. Sehr prägnant zeigte sich der Unterschied in seiner Ausdauer bei zwei Einheiten. In einer Stunde bot ich den Kindern Sand und diverse Kleinmaterialien zur Gestaltung eines Sandspiels an. Während Silas seine Landschaft kreativ gestaltete, war Norbert die gesamte Stunde hochkonzentriert damit beschäftigt, den Sand von einem Gefäß in ein anderes umzufüllen. Dabei schien dies keine Ersatz- oder Ausweichhandlung zu sein, um sich der eigentlichen Aufgabe zu entziehen, denn Norbert wirkte am Ende der Stunde sichtlich zufrieden und ausgeglichen. In einer anderen Einheit, in der es um die Gestaltung ihres Körpermännchens ging, agierte Norbert ebenfalls konzentriert und ausdauernd mit dem angebotenen Farb- und Bastelmaterial. Ihm ging es nicht um die Ausgestaltung seines Männchens, sondern er klebte, mischte Farben und explorierte mit Hingabe. Das Experimentieren mit diesen Materialien schien für ihn einen besonderen Reiz und entlastende Funktion zu haben.

Rückblickend war die Erweiterungsphase dadurch gekennzeichnet, dass Norbert seine motorischen Kompetenzen umfassend erweiterte und sich zu einem bewegungsinteressierten und -freudigen Jungen entwickelte. Zur Fortsetzung der positiven Erfahrungen in diesem Bereich und zum Aufbau sozialer Kontakte war die Wiederaufnahme in einen Sportverein geplant, den er zuvor wegen seiner mangelnden Mitarbeit verlassen hatte.

Andererseits kam es im psychisch-emotionalen Bereich zu keiner durchgängigen Stabilisierung, sondern nur zu punktuellen Effekten, die durch Einbrüche wieder abgeschwächt wurden. Norbert traute sich etwas mehr zu und zeigte im therapeutischen Rahmen nur noch

begrenzt Verweigerungsverhalten, seine Stimmung war jedoch durch massive Schwankungen von himmelhochjauchzend bis zu Tode betrübt gekennzeichnet und seine Motivation und sein Arbeitsverhalten durch ein konstantes Auf und Ab sowie Impulsivität geprägt. Über die gesamte Phase hinweg musste sogar nach den anfänglichen Erfolgen ein Rückschritt konstatiert werden, auch wenn eine leichte Verbesserung im Vergleich zur Ausgangslage erreicht wurde. Eine Übertragung auf den außertherapeutischen Bereich konnte bis auf die Vereinseingliederung ebenfalls nicht erreicht werden, was zu einem großen Teil mit den ungünstigen Verläufen in der schulischen Laufbahn korrelierte.

Familiäres Setting/Schulkindergarten

Die Förderung im Schulkindergarten war durch einen zunehmenden Konflikt zwischen Frau B. und der Sozialpädagogin gekennzeichnet. Frau B. berichtete, dass Norbert nur ungern gehe und sein Stofftier jeden Tag mitnehme, sie könne sein Verhalten aber auch wegen der Inkompetenz von Frau K. gut nachvollziehen. Die Rückmeldung der Pädagogin, dass Norbert sich aus den Leistungssituationen zurückziehe und ein wenig altersgemäßes Lern- und Arbeitsverhalten zeige, wertete Frau B. als Folge der schlechten schulischen Betreuung. Sie unterstellte Frau K., dass diese sich nicht ausreichend um Norbert kümmere und sein Leistungsvermögen nicht adäquat einschätze. Die Stagnation im therapeutischen Prozess sowie der sich zuspitzende Konflikt machten einen Hospitationsbesuch im Schulkindergarten erforderlich. Frau B. stimmte diesem Vorschlag zu in der Hoffnung, dass ich sie in ihrer Einschätzung bzgl. der (mangelnden) Kompetenzen der Sozialpädagogin unterstützen und Norberts negative Leistungsbeurteilung nivellieren würde.

Der Hospitationsbesuch als auch das anschließende Gespräch mit Frau K. zeichneten ein bedauerlicherweise desolates Bild der vorschulischen Situation. Norbert saß beinahe völlig unbeteiligt an seinem Platz, spielte mit seinem Kuscheltier und schien von den um ihn herum stattfindenden Prozessen nichts mitzubekommen. Auf allgemeine an die Klasse gerichtete Aufforderungen reagierte er überhaupt nicht, sondern setzte sein verträumtes, abwesend wirkendes Spiel fort. Lediglich bei direkter Ansprache und im Beisein der Sozialpädagogin beteiligte er sich, beendete seine Aktivität aber sobald sie weiterging. Von seinen Klassenkameraden wurde er als Bestandteil des Klassenraumes aber nicht als sozialer Interaktionspartner betrachtet. Als die Schulglocke ertönte, raffte Norbert eiligst seine Sachen zusammen und verließ beinahe fluchtartig das Klassenzimmer. Das anschließende Gespräch mit Frau K. bestätigte meinen Eindruck nachhaltig. Sie beschrieb Norbert als nicht in den Klassenverband integriert, sondern als Außenseiter im sozialen wie im Lernverhalten. Norbert wirke abwesend und müde, beteilige sich nur bei Einzelzuwendung und

direkter Ansprache. Da sie dies nicht konstant leisten könne, würde sie seine Klassenkameraden bitten, ihn zu unterstützen. Norbert lehne diese Hilfestellung aber vehement ab und ziehe sich völlig aus dem schulischen Geschehen zurück. Aufgrund seiner Arbeitshaltung und Lernmotivation hatte sie eine Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs für Norbert empfohlen, da sie ihn in einer Regelklasse für nicht lernfähig hielt.

Im anschließenden Elterngespräch teilte ich Frau B. meinen Eindruck mit und bestätigte die Einschätzung von Frau K., dass eine Regelbeschulung nicht in Frage komme. Frau B. sprach sich strikt gegen eine Sonderbeschulung insbesondere in die Schule für Lernbehinderte aus. Da Norbert m.E. aufgrund seiner wenig stabilen Persönlichkeit in dem zum Teil recht rauhen Klima der Lernbehindertenschule unterzugehen drohte, empfahl ich ihr, sich um die Unterbringung in einer integrativen Klasse zu bemühen. Um diese Entscheidung jedoch auf ein breites Fundament zu stellen, riet ich ihr zu einer erneuten Entwicklungsstandüberprüfung im Haus. Frau B. lehnte jedoch eine weitere Testung mit der Sorge um die seelische Belastung für Norbert ab und erreichte durch ihre Intervention, dass die Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs vorläufig ausgesetzt und Norbert zum Schuljahresbeginn in die Regelklasse der ihr persönlich bekannten Lehrerin Frau L. aufgenommen wurde.

Übertragungsphase

Therapeutisches Setting

Mit dem Ende des Schulkindergartens und dem Beginn der Sommerferien trat eine deutliche Entlastung ein. Norbert wurde aufgeschlossener, interessierte sich wieder vermehrt für neue Angebote und konnte sich auf gemeinsame Spiele mit Silas einlassen. Obgleich von beiden Kindern Konflikte vermieden wurden, schafften sie es in gemeinsamen Absprachen ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen vorzubringen und abzugleichen. Nach den eher belasteten letzten Therapiewochen gewann Norbert wieder an Selbstvertrauen, so dass er sich den Gruppenanforderungen stellen konnte. In dieser Anfangsphase wirkte er sehr strukturiert und aktiv. Er entwickelte eigene Spielideen, gestaltete den Verlauf und stellte Regeln auf. Er schien wieder mehr in sich zu ruhen und konnte sich demzufolge auch für seinen Partner öffnen und dessen Belange wahrnehmen. Zu Beginn und während der Stunde waren kurze Gesprächs- und Reflexionsphasen realisierbar, ohne dass Norbert sich entzog. Inhaltlich standen selbstkonstruierte Spiel- und Bewegungseinheiten im Vordergrund, die gemeinsame Absprachen erforderten und zugleich eine Erweiterung der motorischen Kompetenzen beinhalteten.

Mit Beginn der Schulzeit nahmen beide Jungen eine sehr konträre Entwicklung. Während Silas an den neuen Anforderungen wuchs und immer selbständiger und selbstbewusster wurde, regredierte Norbert zusehends in seinem Verhalten. Die gemeinsamen Stunden waren durch vielfältige Konflikte gekennzeichnet, die primär durch Norberts Reaktionen ausgelöst wurden. Schlug Silas ein Spiel vor, das nicht ganz Norberts Vorstellungen entsprach, wurde er zunächst wütend, beschimpfte Silas und zog sich anschließend weinerlich zurück. Gemeinsame Gespräche zur Klärung und möglichen Veränderung der Situation waren nicht möglich, da Norbert weder zuhören noch sich am Entscheidungsprozess beteiligen wollte. Statt dessen suchte er sich immer mehr inhaltliche wie örtliche Schutzräume. Zur Reduktion des Konfliktpotentials und um Norbert nicht noch mehr in die Rolle des Störers zu drängen, konzipierte ich Spielaktivitäten, die eine gemeinsame, übergeordnete Idee hatten, in der aber jedes Kind in seinem eigenen Handlungsrahmen agieren konnte. Die Erwerb sozialer Kompetenzen rückte dabei vollständig in den Hintergrund und der persönliche Schutz von Norbert erhielt Priorität. Da Silas sich in seiner Entwicklung sehr stabilisiert hatte, konnte ich diese tendenziell einseitige Gewichtung therapeutisch verantworten. Dennoch verschlechterte sich Norberts psychische Befindlichkeit zusehend. In der Endphase wirkte er stets sehr unglücklich, weinte häufiger und konnte sich nur noch sehr begrenzt auf die Angebote einlassen. Er war primär darauf bedacht, sich einen Schonraum zu suchen, indem er bekannte und vertraute Situationen wiederherstellte.

Diese Entwicklung, die sich m.E. aufgrund der unbefriedigenden schulischen Situation ergeben hatte, forderte eine Veränderung der inhaltlichen Ausrichtung der Therapie und damit eine Neudefinition der Therapieziele, die nunmehr verstärkt im psychotherapeutischen Bereich anzusiedeln waren. Da von Seiten der Familie unterstützende Maßnahmen nicht mitgetragen wurden und meine Aufgabe darin bestehen sollte, Norberts psychisch-emotionale Belastung aufzufangen, stellte ich eine Fortsetzung der Therapie unter den gegebenen Umständen in Frage.

Familiäres Setting/Schule

Norbert wurde nach den Sommerferien in die 1. Grundschulklasse eingeschult. In der Klasse waren 24 Kinder, die von Frau L. nach dem Montessori-Prinzip unterrichtet wurden. Frau B. war sehr zuversichtlich, was die Kompetenzen der Lehrerin betraf und hoffte auf einen reibungslosen Schulalltag. Meine Nachfragen über die schulische Situation quittierte sie mit kurzen, meist positiven Rückmeldungen über nur geringfügige Probleme bei den Hausaufgaben und gute Fortschritte im Malen und Rechnen. Meine Hinweise auf die wachsende psychische Belastung und reaktiven Verhaltensmuster von Norbert interpre-

tierte sie vorsichtig formuliert als im therapeutischen Setting begründet, zumal Norbert z.B. im Turnverein keine Schwierigkeiten habe und mittlerweile gerne hingehe. Er fahre inzwischen Fahrrad ohne Stützräder und erobere sich immer mehr seine häusliche Umgebung. Nach den Herbstferien berichtete Frau B. stolz, dass Norbert mit Begeisterung alleine an einer Kinderfreizeit teilgenommen und sich bestens integriert habe. Auch zu Hause sei er vielseitiger geworden, seine Frustration habe sich deutlich reduziert. Wenige Wochen später teilte sie mir dann mit, dass Frau L. den Schulpsychologen zu Rate gezogen habe, da Norbert im Unterricht häufig blockiere und die Mitarbeit verweigere. Der zuständige Schulpsychologe habe nach intensiver Beobachtung ein im Rahmen der Schulzeit 3x wöchentlich stattfindendes 15-minütiges Lese- und Rechtschreibprogramm für Norbert installiert. Nach Aussagen des Schulpsychologen seien Norberts Schwierigkeiten auf die Probleme der Trennung in der Säuglingszeit zurückzuführen. Zeitgleich hatte Frau B. Norbert bei einer befreundeten Heilpädagogin vorgestellt, die auch die Schwester therapeutisch betreut hatte. Die Vielzahl der involvierten Stellen und Fachkräfte sowie die unseres Erachtens diffuse und zum Teil falsche Einschätzung Norberts Probleme erforderte die Einberufung einer Helferkonferenz, um das Procedere in Einklang mit allen beteiligten Institutionen abzustimmen.

Abschlussphase

Die einen Monat später stattfindende Helferkonferenz ergab folgendes Bild: Frau B. sah die Gesamtentwicklung (im außerschulischen Bereich) als sehr positiv, Norbert traue sich viel mehr zu, sei sehr bewegungsfreudig und selbstbewusst geworden, male gerne und reagiere auf Anforderungen nur zum Teil noch mit Ablehnung. Der Schulpsychologe sagte seine Teilnahme unmittelbar vor dem Termin ab, teilte jedoch mit, dass Norbert sich während der 15-minütigen Fördersequenz für maximal 2 Minuten konzentrieren könne und danach unruhig und ausweichen würde. Er sehe jedoch kleine Fortschritte, sprach sich für den Verbleib in der Schule aus und empfahl als weitere Maßnahme die Gabe von Ritalin. Die Lehrerin Frau L. berichtete, dass sie die Unterrichtung von Norbert wegen der bekannten Probleme als Herausforderung angesehen habe, nun aber an ihre Grenzen gekommen sei. Norberts Hauptproblem sei die Mitarbeit, er beteilige sich nur, wenn Frau L. direkt neben ihm sitze und ihn zur Arbeit anhalte. Norbert kenne alle Buchstaben, habe aber Probleme die Buchstaben in der Mitte und am Ende eines Wortes zu erkennen. Er könne keine Ordnung halten, sein Tisch und seine Schultasche sähen chaotisch aus. Er zähle vorwärts und rückwärts, Additionsaufgaben könne er nur sehr begrenzt lösen. Norbert betei-

ge sich nicht an gemeinsamen Klassengesprächen, er spiele immer nur für sich, habe keinen Kontakt zu den anderen Kindern und nehme eine Sonderrolle im Klassenverband ein. Die Situation habe sich derart zugespitzt, dass Norbert nicht mehr motiviert werden könne, seine Arbeitsmaterialien auszupacken.

Die Heilpädagogin Frau M. hatte lange Zeit Norberts Schwester betreut, ihn dabei auch näher kennengelernt und ihn nun auf Wunsch der befreundeten Mutter in Betreuung genommen. Sie habe vor kurzem in der Schule hospitiert und sei über Norberts Verhalten in der Klasse sehr erschrocken gewesen. Er habe nahezu unbeteiligt gewirkt, sich nicht am Geschehen beteiligt und sei beim Ertönen des Schulgongs beinahe aus der Klasse geflüchtet. Innerhalb der Fördersequenzen verweigere Norbert ebenfalls sehr viel, ziehe sich zurück und sei nur in begrenztem Rahmen zur Mitarbeit bereit. Sie habe in der letzten Stunde ein Computerspiel angeboten, bei dem Norbert erstmals ausdauernd und interessiert gespielt habe.

Bei allen anwesenden Fachkräften herrschte Einigkeit darüber, dass eine Unterrichtung von Norbert im Klassenverband der Regelschule nicht länger sinnvoll und möglich sei, da die Diskrepanz zwischen dem Lernzuwachs der Klasse und von Norbert immer größer würde. Er benötigte permanente Zuwendung und Lob, um seine Leistungsmotivation und Anstrengungsbereitschaft aufrecht zu erhalten und schien bis zum damaligen Zeitpunkt keinen Spaß am Lernen, an der Auseinandersetzung mit neuen Dingen entwickelt zu haben. Frau B. teilte die Beschreibungen ihres Sohnes nicht uneingeschränkt, sondern betonte vielmehr den positiven Entwicklungsverlauf; zugleich sprach sie sich vehement gegen die Umschulung in eine Sonderschule insbesondere die Schule für Lernbehinderte aus, die sie aus ihrer eigenen praktischen Arbeit noch kenne und wisse, dass Kinder von dieser Schule später keine Berufsperspektiven auf dem Arbeitsmarkt hätten.

Die psychomotorische Entwicklungstherapie hatte zwar eine deutliche Verbesserung im motorischen Bereich erbracht, die sich auch im Freizeitbereich widerspiegelte, eine psychisch-emotionale Stabilisierung konnte aber auch aufgrund der ungünstigen Lebensbedingungen nicht erreicht werden. Da Silas zum Jahresende die Gruppe verlassen sollte, hätte eine Fortsetzung der Therapie für Norbert entweder eine Einzelbetreuung oder einen erneuten Beziehungsabbruch und Wiederaufbau mit einem neuen Kind bedeutet. Da wir dies für nicht sinnvoll hielten und einschneidende Veränderungen im damaligen Setting nicht mehr zu erwarten waren, wurde in Absprache mit der Mutter die Therapie beendet. Als weitere Maßnahme wurde eine Entwicklungsstandbestimmung zur weiteren Schullaufbahnberatung vereinbart.

Mit Norbert sprach ich in der folgenden Stunde unsere Überlegungen. Ich teilte ihm mit, dass er nun schon zwei Jahre zu mir gekommen sei und viel für sich gelernt habe. Ich forderte ihn auf, mir mitzuteilen, was sich für ihn in dieser Zeit verändert habe und Norbert konnte sehr differenziert seine Fortschritte benennen. Ich bestärkte ihn in seiner Einschätzung, dass er nun in seiner Freizeit vielfältige Angebote (Fahrrad fahren, Turnverein, Ski fahren, Skateboard fahren) nutzen könne und nicht mehr auf meine Unterstützung angewiesen sei. Er respektierte diese Entscheidung, äußerte sich aber nicht dazu, ob er gerne noch weiter gekommen wäre. Für die vorletzte Stunde plante ich die wiederholte Beantwortung der Fragebogen ebenso wie die erstmalige Durchführung eines motometrischen Verfahrens, worauf sich Norbert zu meiner Überraschung einließ. Die letzte gemeinsame Gruppenstunde durften die beiden Jungen als Wunschstunde eigenständig gestalten, aber beinahe symptomatisch agierte jeder für sich und auch eine abschließende Reflexion war nicht möglich, da Silas sich mit Keksen den Mund vollstopfte und Norbert ohne Unterlaß durch die Gegend rannte.

3. Daten zum Ende der Therapie

Therapeutischer Verlaufsbefund

Beginn

der Therapie: 27.08.1997

Anzahl

der Therapien: 1x pro Woche

Art der Behandlung:

Einzelförderung 08.97 - 11.98

Gruppenförderung 11.98 - 12.99

Vorstellungsgrund:

Motorische Probleme

Rückzug/Verweigerung im Kindergarten

Förderansatz:

Förderung motorischer Kompetenzen

Stärkung des Selbstvertrauens und der Erwartungshaltung
bzgl. seiner eigenen Wirksamkeit

Aufbau sozialer Kompetenzen

Verlauf

Motorik/Wahrnehmung

Zu Beginn der Therapie wählte Norbert nur wenige, meist vertraute Bewegungsangebote, die er bei externen Anforderungen oder antizipiertem Versagen sofort abbrach. Im Laufe der Therapie wurde Norbert in der Auswahl und Variation von Bewegungsangeboten deutlich flexibler. Er ging vermehrt explorierend auf die Materialien zu und entwickelte eigene Ideen. Durch sein gesteigertes Interesse und die Annahme vielfältigster Handlungsanforderungen erweiterte Norbert sein Bewegungsrepertoire und verbesserte die Qualität seiner Abläufe. In der Alltagsmotorik waren Koordinationsauffälligkeiten nicht mehr zu beobachten, lediglich bei komplexen motorischen Leistungen zeigten sich noch Probleme in der sequentiellen Regulation.

Handmotorik

Graphomotorische Angebote wurden von Norbert lange Zeit ganz abgelehnt, erst gegen Ende der Therapie waren kürzere Sequenzen mit Malen oder Schreiben möglich, wobei Probleme in der Stifthaltung und Tonusregulation bei Paper-Pencil-Aufgaben weiterhin deutlich waren. Frau B. berichtete von zu Hause, dass Norbert dort häufiger und zunehmend besser male. Norbert zeigte eine eindeutige Handdominanz rechts.

Spiel

Norberts Spielverhalten in der Einzelsituation war durchgängig von Funktionsspielen geprägt, bei denen er viel Freude an der Handlung (Seile verknoten, Steine stapeln, Sand umfüllen) zeigte, weniger an der konstruktiven Gestaltung einer Spielsituation. Norbert brachte häufig Spielgegenstände (Autos, Stofftiere) von zu Hause mit, die entweder eine „Stellvertreterrolle“ bei der Exploration von Bewegungssituationen oder eine „Schutzfunktion“ hatten. Rollenspiele entwickelte Norbert trotz mitgebrachter Spielmaterialien (Schwert, Handschellen) nur in begrenztem Maße und gestaltete von sich aus keine Charaktere. Ergab sich aus der Bewegungsgeschichte die Übernahme einer Rolle (z.B. Bergsteiger), betonte Norbert während des Spielverlaufs immer wieder, dass er eigentlich kein Bergsteiger, sondern der Norbert sei.

Gruppenspiele waren schwer zu realisieren, da Norbert sich nur begrenzt an Spielregeln hielt bzw. er bei drohenden Mißerfolgen die Regeln änderte oder das Spiel abbrach. Spielsequenzen, in denen jedes Kind seinen eigenen Handlungsrahmen hatte und es nur eine übergeordnete gemeinsame Idee gab, konnte Norbert am ehesten bewältigen. Ebenso war die Planung und Gestaltung gemeinsamer Spielideen innerhalb der Gruppe schwierig, da Norbert sich meist nur kurzfristig an gemeinsamen Absprachen beteiligte. Er verließ meist nach wenigen Minuten die Runde, beschäftigte sich mit anderen Dingen im Raum und war kaum zur weiteren Mitarbeit zu bewegen. Zudem fühlte er sich schnell benachteiligt und gekränkt, wenn der Spielverlauf nicht seinen Vorstellungen entsprach. Letztendlich schränkte seine Angst vor Versagen und Vergleichen den eigenen Handlungsspielraum sehr stark ein, so dass Funktionsspiele dominierten.

Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich

Norberts psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich war zu Anfang von einer massiven Mißerfolgserwartung und Versagensangst geprägt, die ihn in seinem motorischen und sozialen Explorationsverhalten komplett blockierte. Bereits die Ahnung einer – auch für ihn zu bewältigenden – Anforderung löste Verweigerungs- und Rückzugsverhalten aus. Sein Arbeitsstil konnte in Anlehnung an das Konstrukt des Anstrengungsvermeidungsmotivs als *desorganisiert* bezeichnet werden. Norbert versuchte, die geforderten Aufgaben möglichst schnell, aber auch oberflächlich zu erledigen, was auf Kosten der Qualität ging. Norbert begleitete seine Handlungen konstant sprachlich. Seine Äußerungen wiesen auf viele Ängste und eine massive Lageorientierung hin, die eine adäquate Suche und Modifizierung von Lösungswegen verhinderten.

Die therapeutische Intervention führte zu einer tendenziellen Verbesserung im Sinne einer

Öffnung für neue Angebote und stärker lösungsorientierten Aufgabenbewältigung, die Ergebnisse blieben jedoch fast ausschließlich auf das therapeutische Setting begrenzt, eine Übertragung auf andere Lebensbereiche konnte leider nicht realisiert werden.

Intellektuelle Fähigkeiten

Norberts Auffassungsvermögen für komplexere Zusammenhänge erschien nicht altersentsprechend, insbesondere die adäquate Erfassung kausaler Zusammenhänge fiel ihm schwer. Darüber hinaus zeigte sich eine deutliche Diskrepanz zwischen seinen guten verbalen Leistungen und der eher unterdurchschnittlichen Handlungsplanung und –durchführung.

Sozialverhalten

Norbert war zu Anfang sehr zurückhaltend und scheu, wurde jedoch im Verlauf der Therapie immer offener und zugänglicher. Gegen Ende der Therapie war er gegenüber der Therapeutin mitunter distanzlos, indem er sich z.B. nicht an vereinbarte Absprachen und Regeln hielt (z.B. Betreten des Büros, Warten im Wartezimmer).

Im Kontakt zum Gruppenpartner hatte Norbert deutliche Schwierigkeiten, in einem gegenseitigen Austausch gemeinsame Strukturen zu entwickeln. Er wollte seine Ideen umsetzen und war verletzt und hilflos, wenn das Gegenüber diese nicht teilte. Konflikte konnte er kaum selbständig lösen, sondern wurde ärgerlich und beschimpfte den anderen oder reagierte mit Rückzug, Weinen und Beleidigtsein.

Da er sich und seine eigenen Kompetenzen nur schlecht realistisch einschätzen konnte, wertete Norbert jede Kritik an seinen Ideen oder Vorschlägen als persönlichen Angriff auf seine Person.

Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)

Eine motometrische Untersuchung war in der Eingangsphase aufgrund der massiven Verweigerungstendenz nicht möglich. In der Abschlussuntersuchung mit dem KTK machte Norbert eher widerstrebend mit und zögerte durch pausenloses Reden die Durchführung hinaus. Er versuchte mit Ausreden wie "*Meine Mutter hat mir verboten, rückwärts zu balancieren*", "*Ich darf nicht mit einem Bein über Bausteine springen*" die Aufgaben zu umgehen, die er schließlich doch ausführte. Er erreichte im Vergleich mit normalentwickelten Altersgenossen einen MQ von 65 (verglichen mit lernbehinderten Kindern einen MQ von 92). Es blieb jedoch offen, inwieweit er in dieser für ihn belastenden Testsituation sein reales motorisches Leistungsvermögen zeigte.

Trapolinscreeningtest (TST)

Die anfangs zu beobachtende Koordinationsstörung (Seitabweichungen, Zick-Zack-Haltung, wenig gleichmäßige dynamische Sprünge) hatte sich im Verlauf deutlich gebessert. Norbert konnte längere Zeit ohne Unterbrechung den Sprung halten. Die Feinabstimmung und Anpassung an die Fremdkinetik des Tuches gelang zunehmend besser, Seitabweichungen und Zick-Zack-Haltung waren nicht mehr nachweisbar. Lediglich bei komplexen Sprungkombinationen war eine Koordinationsschwäche weiterhin erkennbar.

Fragebogen zur Erfassung internaler/externaler Kontrollüberzeugungen

Die erneute Befragung von Norbert zum Ende der Therapie ergab für die positiven Ereignisse eine leichte Verschiebung von einer ehemals ausgeprägten externalen Zuschreibung zu einer tendenziell internaleren Attribution mit 6 Items für interne Kontrollüberzeugungen und 5 Items für externe. Bei den negativen Ereignissen blieb die Gewichtung mit 9 Items eindeutig auf der Seite externaler Zuschreibungen gegenüber 2 Items für interne Ursachen. Trotz der kritischen Schulversorgung und den daraus resultierenden gehäuften Mißerfolgen schien Norbert sich in Teilbereichen (Motorische Kompetenzen, Integration in Freizeitgruppen) als wirksam zu erleben. Inwieweit die unverändert externe Zuschreibung für negative Ereignisse eine Kontinuität seines Zuschreibungsmusters darstellte oder eine realistische Einschätzung der von Norbert unbeeinflussbaren Umgebungsbedingungen (mangelnde Passung der schulischen Versorgung) widerspiegelte, muss offen bleiben.

Fragebogen zur Selbstwahrnehmung

Norberts Einschätzung in Bezug auf sein Selbstwertgefühl, sein Selbstvertrauen und seine Selbstständigkeit bestätigte die positive Entwicklung und Bewertung eigener Handlungsfähigkeit und Wirksamkeit. In der erneuten Erhebung schätzte er sich als liebenswertes, wichtiges und kompetentes Kind ein, das in der Lage ist, Anforderungen eigenständig zu bewältigen, wobei die Fragen zur Selbstständigkeit Aufgaben enthielten, die er aufgrund seines Alters inzwischen alleine ausführen konnte. Unverändert blieb die Bewertung der mütterlichen Unterstützung, die Norbert weiterhin als repressiv erlebte.

Zielerreichungsskala

Ziel Nr. 1: Erfahrungen eigener Wirksamkeit als Basis für die selbsttätige Auseinandersetzung mit Anforderungen der Umwelt			
4 = 100% = öffnet sich für diverse Handlungsfelder, nimmt inhärente Herausforderungen an und entwickelt eigenständig Lösungswege			
3 = 75% = sucht sich selbständig neue Handlungsfelder (z.B. Turnverein), in deren Rahmen er sich auf bekannte Herausforderungen einlässt			3
2 = 50% = geht in vertrauten Situationen selbständig auf neuen Materialien zu, entwickelt eigene Spiel- und Handlungsideen		2	
1 = 25% = zeigt Interesse an angebotenen Spielmaterial; überträgt vertraute Handlungsstrukturen auf neue Materialien	1		
0 = Ausgangslage = hat kaum Interesse an neuen Herausforderungen, verhaftet in vertrauten Strukturen			
-1 = Verschlechterung = verweigert die Mitarbeit in außerhäuslicher Umgebung; zieht sich aus Spielsituationen innerhalb und außerhalb der Familie zurück			
Datum:	1'98	1'99	12'99

Ziel Nr. 2: Erweiterung und qualitative Verbesserung motorischer Kompetenzen			
4 = 100% = setzt selbsttätig verschiedene Bewegungsabläufe, die der Kinderalltag bietet Schaukeln, Klettern, Rutschen, Fahrrad fahren ein			4
3 = 75% = experimentiert selbständig mit diversen Bewegungsabläufen z.B. auf dem Spielplatz		3	
2 = 50% = läßt neue Bewegungsabläufe unter Anleitung zu und probiert aus	2		
1 = 25% = setzt vertraute Bewegungsabläufe in verschiedenen, auch unbekannten Situationen ein			
0 = Ausgangslage = beschränkt seine motorischen Aktivitäten auf Gehen, Laufen, Hüpfen, Schaukeln, graphomotorische Aktivitäten werden vermieden			
-1 = Verschlechterung = verweigert motorische Aktivitäten, die über die Alltagsmotorik hinausgehen			
Datum:	1'98	1'99	12'99

Ziel Nr. 3: Erwerb sozialer Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen			
4 = 100% = sucht und findet in neuen Handlungsfeldern (Verein, Schule) Kontakt zu anderen Kindern, baut Freundschaften auf			
3 = 75% = lässt in neuen Situationen Kontakt zu anderen Kindern zu, nimmt Spielangebote an		3	3
2 = 50% = sucht im vertrauten Rahmen (Kindergarten, Elternhaus) von sich aus Kontakt zu anderen Kindern, lädt sich Kinder zum Spielen ein			

1 = 25% = akzeptiert Kontakt zu gleichaltrigen Kindern im vertrauten Rahmen (Kindergarten, häusliches Umfeld) und spielt mit ihnen			
0 = Ausgangslage = spielt nur mit einem Jungen im Kindergarten, soziale Bezüge zu anderen Kindern durch Aktivitäten der Mutter			
-1 = Verschlechterung = verweigert jegliche soziale Kontakte zu Kindern befreundeter Familien; völliger Rückzug aus den sozialen Bezügen im Kindergarten	-1		
Datum:	8'97	9'99	12'99

Gesamt- Zielerreichungs- Skala (Gesamtpunkte geteilt durch Anzahl der Ziele)			
4 = 100% =			
3 = 75% =			3,3
2 = 50% =		2,6	
1 = 25% =	1		
0 = Ausgangslage =			
-1 = Verschlechterung =			
Datum:	1'98	1'99	12'99

Beurteilung

Die psychomotorische Entwicklungstherapie erstreckte sich über einen Zeitraum von 2½ Jahren mit insgesamt 91 Kontakten (davon 6 Elterngespräche, zahlreiche intensive Tür- und Angelgespräche, eine Hospitation im Schulkindergarten sowie eine Helferkonferenz). Die Möglichkeit diverse Spiel- und Bewegungsangebote in einem geschützten, nicht überfordernden Setting eigenständig zu gestalten und zu erproben, trug zu einer deutlichen Erweiterung Norberts motorischer Kompetenzen bei. Seine Erfahrungen selbsttätig wirksam zu sein, bewirkten in Kombination mit einer veränderten Ursachenzuschreibung und der Ausrichtung auf handlungsrelevante Informationen eine Steigerung und Stabilisierung seiner Erwartungshaltung bzgl. seiner eigenen Wirksamkeit und des Vertrauens in seine eigenen (motorischen) Kompetenzen. Der Transfer auf den außertherapeutischen Lebensbereich gelang jedoch nur in denjenigen Wachstumsfeldern (Mitgliedschaft im Turnverein, Teilnahme an Skifreizeiten), die ähnliche Anforderungen repräsentierten. Eine stabile, überdauernde Veränderung in anderen wesentlichen Leistungssituationen wie der Schule konnte durch die Therapie leider nicht erreicht werden, sondern war im gesamten Verlauf starken Schwankungen unterlegen, die eng mit Norberts sozialen Lebensbedingungen korrespondierten. Während der - nach Einschätzung von Frau B. - unbefriedigenden Kinder-

gartenzeit (Beginn der Therapie) zeigten sich leichte Veränderungen hin zu mehr Interesse an neuen Angeboten und steigendem Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten. Dem von der Mutter eingeleiteten Abbruch des Kindergartenbesuches (Anfang 1998) folgte eine Phase der Stabilisierung, in der Norbert bewegungsfreudiger wurde und vermehrt exploratives Verhalten zeigte. Er ging zwar weiterhin bei Anforderungen in den Rückzug, konnte die Situation dann aber selber auflösen und Handlungsalternativen einbringen.

Im Sommer 1998 erfolgte die Einschulung in den Schulkindergarten, der im Herbst die Übernahme von Norbert in eine Kleingruppe folgte, da er sich m.E. soweit in seinem Selbstvertrauen und seinen motorischen Handlungskompetenzen gefestigt hatte, dass die Auseinandersetzung mit einem anderen Kind einen weiteren wichtigen Schritt in der Entwicklungsförderung darstellte. Die Zuspitzung der schulischen Situation durch die Unzufriedenheit der Mutter bzw. die immer deutlicher werdenden Leistungsprobleme von Norbert manifestierte sich auch in einem Rückschritt in Norberts Verhalten. Vermehrter Rückzug, Angst vor neuen, unbekannten Anforderungen, kleinkindhafte Verhaltensweisen wie Weinen, Beschimpfen prägten die gemeinsamen Stunden. Erst mit Beginn der Sommerferien trat wieder eine deutliche Entlastung ein, die innerhalb der Ferienzeit auch zu einer sichtbaren Verhaltensänderung führte. Norbert schien sehr selbstbewusst, suchte von sich aus neue Anforderungen, konnte bei Mißerfolgen nach Lösungsmöglichkeiten suchen und war auch in der Gruppensituation kooperativ und kreativ am Spielgeschehen beteiligt. Mit Beginn der von fachlicher Seite in Frage gestellten Einschulung in die erste Klasse der Regelgrundschule schwanden die erreichten Therapieerfolge zusehends und alte Verhaltensmuster wurden deutlich. Norbert schien vorrangig darauf bedacht, sich einen Schonraum zu suchen, indem er bekannte Materialien und Situationen wiederherstellte.

Im Vergleich zur Anfangsphase konnte zwar eine Verbesserung im Bereich des Selbstvertrauens und des Umgangs mit Anforderungen erreicht werden, die zahlreichen Mißerfolge im schulischen Bereich durch die tägliche Überforderungssituation prägten Norberts Selbstbild und Selbstvertrauen maßgeblich und bestimmten seine Auseinandersetzung mit den schulischen Anforderungssituationen.

Als Fazit der zweijährigen psychomotorischen Entwicklungstherapie blieb festzuhalten, dass Norbert im Bereich motorischer Kompetenzen quantitativ wie qualitativ deutliche Fortschritte gemacht hatte, die zu einer Erweiterung seines Betätigungsfeldes im Freizeitbereich beitrugen. Durch die überfordernde Grundschulsituation wurden seine Mißerfolgsorientierung und Abwehr von Anforderungen wieder verstärkt. Norbert reagierte nur dann gelöster und mit weniger Abwehr- und Vermeidungsverhalten, wenn die sozialen Anforde-

rungssituationen sehr gering gestaltet waren, so z.B. nach dem Abbruch des Kindergartenbesuches und in den Sommerferien. Der Aufbau generalisierter Erwartungshaltungen als eine überdauernde handlungsleitende Disposition konnte aufgrund fehlender Erfolgs- und Wirksamkeitserfahrungen in den übrigen relevanten Wachstumsfeldern nicht erzielt werden und die Effektivität der Intervention blieb auf die Therapie und den Freizeitbereich beschränkt. Leider war es uns trotz intensiver Beratungsgespräche von fachlicher Seite aus nicht gelungen, Frau B. von einer anderen, passenderen schulischen Versorgung zu überzeugen, geschweige denn ihr eigenes Erziehungsverhalten in einem psychotherapeutischen Setting zu reflektieren.

Für Norberts weitere Entwicklung wäre es wünschenswert, dass er einen schulischen Lernraum findet, in dem er ohne Mißerfolge und Druck Spaß am Lernen, an der Auseinandersetzung mit Dingen findet. Eine neue therapeutische Betreuung sollte sehr sorgfältig abgewogen werden, da mit einer weiteren Therapie Norberts Rolle als Symptomträger und sein „Nichtvollkommensein“ erneut bekräftigt würde.

Katamnestiche Daten

Zu den drei Monate nach Ende der Therapie stattfindenden psychologischen Untersuchungsterminen brachte Norbert wechselnde Kuscheltiere mit wie dies auch in der Schule und in der heilpädagogischen Therapie erfolgte. Im Unterschied zur Erstdiagnostik war eine leicht positive Veränderung des Arbeitsverhaltens zu beobachten. Erfolgreich bewältigte Aufgaben riefen bei ihm überschießend wirkende Freude-Reaktionen und Kommentare wie "*Das ist ja pipi-leicht*" hervor, während er bei Mißerfolg über die blöden Aufgaben und die provozierenden Anforderungen der Untersuchungsleiterin schimpfte. Im Altersvergleich entsprachen die Ergebnisse dem unteren Durchschnittsbereich bei dissoziiertem Leistungsprofil mit Schwächen in der seriellen Informationsverarbeitung, im Gestaltschluss, in den räumlich-konstruktiven Anforderungen und in den verbalen Abstraktionsleistungen. Seine Arbeitshaltung und seine verbalen Kommentare wurden als Ausdruck einer ausgeprägten Mißerfolgsorientierung und fehlender Kontrollüberzeugungen in Bezug auf das eigene Leistungsverhalten gewertet.

Norberts Lernschwächen in Kombination mit seinem eher dyfunktionalen Arbeits- und Lernstil erschwerten die Unterrichtung in einer Regelgrundschulklasse. Es bestand eindeutig die Gefahr, dass die immer deutlicher werdende Leistungsschere zwischen Norbert und seinen Klassenkameraden zu einer Verstärkung der Lernblockade und des Rückzugs aus

der Klassengemeinschaft hinein in eine Welt der Kuscheltiere, deren Hilfs-Ich-Funktionen verstärkt würden, führen könnte. Auch gerade wegen des grenzwertigen intellektuellen Leistungsvermögens musste bei unverändertem Schulrahmen von einer drohenden Lernbehinderung ausgegangen werden. Aus diesem Grunde wurde von unserer Seite die Aufnahme in eine heilpädagogisch-therapeutische Tagesgruppe mit Beschulung in einer direkt angeschlossenen Schule für Erziehungshilfe empfohlen, um einer drohenden Lernbehinderung und seelischen Behinderung bei bereits auffälliger Persönlichkeitsentwicklung entgegenzuwirken.

Obgleich Frau B. mit dieser Lösung nicht zufrieden war, sah sie keine Alternative und stimmte der Empfehlung zu. Aufgrund ihrer alten Arbeitskontakte erreichte sie die Unterbringung in einer wohnortnahen Einrichtung, die einen weitgehend "normalen" Schulalltag und Tagesablauf im regulären Wohnumfeld ermöglichte.

11.4. Fallbeispiel Silas

1. Daten zu Beginn der Therapie

Persondaten

Silas wurde erstmals im Alter von 4;6 Jahren im Kinderneurologischen Zentrum zur weiteren Abklärung von Sprachproblemen vorgestellt. Silas besuchte seit seinem 3. Lebensjahr einen Regelkindergarten, in dem er nach Aussagen der Eltern gut zurecht kam und erhielt seit seinem 4. Lebensjahr Sprachtherapie. Die Erstvorstellung ergab bei einer ansonsten altersgerechten Entwicklung eine Sprachentwicklungsverzögerung mit multipler bis universeller Dyslalie und Dysgrammatismus. Als therapeutische Maßnahme wurde die Fortsetzung der logopädischen Behandlung empfohlen.

Im Alter von 5;4 Jahren wurde Silas im Rahmen einer Kontrolluntersuchung erneut im Zentrum vorgestellt. In der Zwischenzeit hatte Silas unter regelmäßiger logopädischer Betreuung erhebliche Fortschritte in der Sprachentwicklung gemacht. Zum Zeitpunkt der Wiedervorstellung bestand noch ein leichter Dysgrammatismus sowie eine multiple Dyslalie bei altersgerechtem Sprachverständnis. Mittlerweile wurden jedoch erhebliche Probleme im Kontakt mit anderen Kindern innerhalb und außerhalb des Kindergartens deutlich. Aus diesem Grund erfolgte im Alter von 4;10 Jahren die Vorstellung bei einem Kinderpsychiater, der Silas als schüchternes Kind einstufte. Bei einem ebenfalls durchgeführten EEG wurden Veränderungen festgestellt, die differenzierter abgeklärt werden sollten. Die weiterführenden Untersuchungen ergaben Hinweise auf das Vorliegen eines Landau-Kleffner-Syndroms, ein Störungskomplex aus dem Formkreis der sogenannten benignen Partialepilepsien¹⁶⁶. Da diese EEG-Veränderungen im Schlaf deutlich zunehmen können, wurde ein Schlaf-EEG und eine Entwicklungsstandüberprüfung geplant. Eine medikamentöse Behandlung war zu diesem Zeitpunkt nicht erforderlich.

Die darauffolgende stationäre Aufnahme und Untersuchung im Kinderneurologischen Zentrum testierte Silas eine überdurchschnittliche intellektuelle Entwicklung bei vorhandenen Artikulationsstörungen ohne Hinweise auf eine expressive Sprachstörung. Es ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine aphasische Entwicklung und somit keine weiteren Hinweise auf ein Landau-Kleffner-Syndrom. Die nach wie vor bestehenden EEG-Veränderungen erforderten keine medikamentöse Behandlung, aber eine regelmäßige

¹⁶⁶ Da Silas bis dato keine Anfälle hatte, spricht man nicht von einer Epilepsie im engeren Sinn. Etwa 30% der Kinder mit Landau-Kleffner-Syndrom haben keine Anfälle, diese EEG-Veränderungen sind genetisch

vierteljährliche Kontrolle.

Trotz des sehr guten Leistungspotentials zeigte Silas in der Untersuchung Schwankungen in seiner Aufmerksamkeit sowie ein stark ausgeprägtes mißerfolgsorientiertes und verweigerndes Verhalten. In Anbetracht des im Kindergarten zunehmenden Rückzuges aus dem Gruppengeschehen musste von einem hochgradigen Störungsbewusstsein hinsichtlich seiner sprachlichen Kommunikationsfähigkeit ausgegangen werden, das in Wechselwirkung mit einem hohen intellektuellen Niveau zu diesem Verhalten führte.

Anamnestiche Daten

Silas war das zweite Kind gesunder Eltern. Die Schwangerschaft verlief unauffällig, die Geburt erfolgte wegen fehlender Geburtsbestrebungen per Sectio 13 Tage nach dem errechneten Termin. Apgarwerte 10/10/10. Die frühkindliche Entwicklung verlief altersgerecht, ab dem 3. Lebensmonat fiel jedoch ein ständig offener Mund mit heraushängender Zunge und vermehrtem Speichelfluß auf. Die Sprachentwicklung verlief verzögert, für Fremde war Silas bis zum 4. Lebensjahr kaum zu verstehen. Der Kinderarzt hatte jedoch bis zum diesem Zeitpunkt zu einer eher abwartenden Haltung geraten und erst mit dem 4. Geburtstag eine Sprachtherapie empfohlen.

Silas lebte mit seinem vier Jahre älteren Bruder und seinen Eltern in einem eigenen Haus. Der Vater war als Finanzbeamter ganztags tätig, die Mutter bis zu Silas 5. Lebensjahr zur Erziehung der Kinder zu Hause. Seitdem war sie wieder als Grundschullehrerin tätig. Außerhalb der Kindergarten- bzw. Schulzeit wurden Silas und sein Bruder von einer Kinderfrau betreut.

Störungs- und Problemanamnese

Frau V. berichtete, dass Silas eigentlich nicht spiele bzw. auch nie gespielt habe. Er habe nie mit Lego oder Duplo gebaut, interessiere sich nicht dafür. Sein Spielverhalten sei von geringer Ausdauer und nur kurzer Konzentration bestimmt. Er orientiere sich sehr stark an seinem älteren Bruder, mache das was dieser auch tue. Sei Silas alleine, bewege er sich viel, sei ständig auf Achse (Rennen, Klettern, Fahrrad fahren) oder hänge rum, da er sich nicht alleine beschäftigen könne. Er habe auch nie wie sein älterer Bruder Rollenspiele gespielt, sich verkleidet und andere Personen oder Beruf imitiert. Deutlich werde bei ihm eine hohe Leistungsunsicherheit, Silas sage schnell "*kann ich nicht*".

bedingt und verschwinden spätestens bis zur Pubertät. In Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad findet man bei vielen Kindern über die Sprachstörungen hinaus auch Probleme in anderen Entwicklungsbereichen.

Er schlafe nachts schlecht, wache oftmals auf und nässe auch häufiger ein.

Im Alter von 3 Jahren kam Silas in einen Regelkindergarten, in dem er nach Aussagen der Mutter anfangs gut zurecht kam. Von Beginn an bevorzugte er zum Spielen ältere Kinder, was mit dem vertrauten Spielverhalten durch den älteren Bruder erklärt wurde. Mittlerweile gehe Silas nur sehr ungerne in den Kindergarten. Es sei morgens oftmals ein Kampf, ihn dort hin zu bringen. Er selbst äußere, dass ihm im Kindergarten langweilig sei, er habe dort auch nur wenig Kontakt zu den Kindern. Trotz sprachlicher Fortschritte vermeide Silas zunehmend die verbale Kommunikation, im Kindergarten habe er sukzessiv das Sprechen gegenüber anderen Kindern ganz eingestellt und mit den Erzieherinnen rede er nur noch auf Ansprache und nach Aufforderung. Darüber hinaus ziehe er sich vermehrt aus sozialen Kontakten zurück, habe keinen festen Freund, weder im Kindergarten noch zu Hause. Meistens orientierte er sich an seinem älteren Bruder und dessen Freunden, bei denen er eher geduldet als gewünscht sei. Zu Hause verlasse er den Hof, wenn andere Kinder hinzukämen, bezeichne diese als doof. Frau V. habe mehrfach versucht, Sozialkontakte für Silas zu knüpfen, dies aber mittlerweile wieder aufgegeben, da Silas diese Kontakte nur selten wahrgenommen habe.

Ausgangslage/Problemlage

Neurologisch-motoskopische Untersuchung

Die neurologisch-motoskopische Untersuchung ergab keine Hinweise auf eine Entwicklungsverzögerung, alle Bewegungsübergänge waren fließend. Während der Untersuchung arbeitete Silas kooperativ mit, war in seiner Aufmerksamkeit offen und interessiert. Sein Sprachverständnis war altersentsprechend, verbale Anforderungen konnte er ohne Probleme umsetzen. Er selber sprach nur wenig, antwortete meist in Ein- oder Zweiwortsätzen.

Audiologischer Befund

Der phoniatriisch-audiologische Befund ergab einen gering offenen Biß mit beginnender Progenie¹⁶⁷ des Unterkiefers und teilweise noch interdentaler¹⁶⁸ Zungenruhelage. Die Artikulation war hypoton mit teils interdentaler Zischlautbildung, dadurch eine insgesamt undeutliche Aussprache.

¹⁶⁷ Umgekehrter Frontzahnüberbiß, bei dem einzelne Zahngruppen oder die gesamte untere Zahnreihe vor der oberen steht

¹⁶⁸ Die Zunge befindet sich zwischen den Zähnen

Psychologischer Befund

Bei der psychologischen Untersuchung arbeitete Silas gut mit und erreichte bei einer eher geringen Anstrengungsbereitschaft durchgängig überdurchschnittliche Ergebnisse mit überragenden Resultaten im Bereich des rechnerischen Denkens. Während der Aufgabenbearbeitung zeigte Silas zwischenzeitlich starke Schwankungen in der Motivation und Vigilanz, dies insbesondere bei sprachlichen Anforderungen.

Erstkontakt mit dem Kind

Silas kam zögernd in den Psychomotorikraum, nachdem wir aus dem Wartezimmer ein Buchstaben-Schaumstoffpuzzle mitgenommen hatten, mit dem er bei meinem Eintritt beschäftigt war. Im Raum legte er die Teile nieder und blieb zunächst unentschlossen neben der Mutter sitzen und nutzte die angebotenen Großgeräte (Schaukel, Rutsche, Rampe) nicht. Schließlich entschied er sich mit den Schaumstoffbuchstaben seinen Namen und die seiner Familie auf den Boden zu legen. Ich bot ihm ein Stück Papier an, auf dem er die Umrisse der Buchstaben nachzeichnen konnte. Silas ließ sich auf dieses Angebot ein und malte sehr hastig. Den Stift hielt er sehr weit oben, so dass er die einzelnen Buchstaben wenig dosiert nachmalen konnte und Zacken entstanden. Die ungenau gemalten Formen ärgerten ihn sehr, da er wiederholt auf die schlechte Ausführung hinwies. Meinen Vorschlag doch etwas langsamer zu malen und den Stift tiefer festzuhalten, konnte er annehmen und umsetzen, war jedoch mit dem Ergebnis immer noch nicht ganz zufrieden. Silas blieb sehr lange und ausdauernd bei dieser Beschäftigung und wollte anschließend noch die einzelnen Buchstaben ausschneiden. Von seiner Stimmung und Körperhaltung her wirkte diese Tätigkeit nicht sonderlich interessant und befriedigend für ihn, sondern erfüllte meines Erachtens eher eine Schutzfunktion, sich nichts anderes suchen zu müssen. Auf mein Angebot statt des Schneidens doch lieber eine Rutsche zu bauen, ließ er sich bereitwillig ein. Die Ausführung war dann von einer eher überhöhten Leistungsanforderung geprägt, indem er die Rutsche in die höchste Sprosse nahezu senkrecht einhängte. Aus Sicherheitsgründen reduzierte ich die Höhe und obgleich die Rutsche immer noch sehr steil war, nahm Silas sich nicht die Zeit, sich richtig zu positionieren, sondern wirkte in seinen Bewegungsabläufen überhastet und kippte fast herunter. Er wiederholte die einmal ausgeführten Abläufe mehrfach, ohne selber eine Veränderung vorzunehmen. Anregungen von mir (Aufstieg über Sprossenwand, Kasten, Mattenberg, unterschiedliche Rutschpositionen) nahm er an. Am Ende der Stunde stimmte er zu, in der nächsten Woche wieder zu kommen.

In den folgenden Stunden ging Silas ohne Zögern in den Psychomotorikraum und betrachtete zunächst an der Seite seiner Mutter interessiert die angebotenen Materialien. Auf meine Aufforderung hin er könne sich selber etwas aussuchen, ging er vorsichtig auf die Geräte zu und wählte vorwiegend ihm vertraute Angebote (Rutsche, Klettergerüst, Schaukel). Silas probierte die angebotenen Bewegungsgeräte aus; dabei stellte er sich durchgängig selber hohe Anforderungen in der Art der Aufgabenbewältigung. So wählte er beispielsweise bei der Rollbrettrampe gleich die höchste, steilste Einstellung ohne es zuvor auf der niedrigsten Stufe versucht zu haben. Das Thema etwas nicht zu können oder zu schaffen, zog sich dabei als roter Faden durch die Stunden. In seiner Handlungsausführung wirkte Silas sehr hektisch, beinahe gehetzt. Er wiederholte einzelne Bewegungsabläufe mehrfach, variierte von sich aus jedoch nicht die Aufgabenstellung. Silas zeigte wenig Eigeninitiative, etwas Neues zu konstruieren oder auszuprobieren, setzte aber externe Anregungen um. Auf meine Fragen antwortete er in Ein- oder Zweiwortsätzen mit einer sehr gepreßten, piepsigen Stimme. In Bezug auf seine Sprache zeigte er ein ausgeprägtes Störungsbewusstsein, denn als ich seine Antwort einmal nicht verstand und nochmals nachfragte, rannte er sofort zu seiner Mutter und zog sich aus dem laufenden Geschehen heraus.

Motologischer Befund

Verhaltens- und Bewegungsbeobachtung in freien Spiel- und Bewegungssituationen

Motorik/Wahrnehmung

Silas wählte zögernd Bewegungsangebote aus, die ihm bereits bekannt waren. In seinen Bewegungsabläufen wirkte er überhastet und schnell, so dass die Ausführungen nicht immer fließend und gut koordiniert waren. Er blieb meist sehr lange und ausdauernd bei einer Aufgabenstellung, ohne von sich aus Veränderungen vorzunehmen. Die konstante Beschäftigung mit einzelnen Angeboten hatte aber mehr den Charakter eines Verharrens und Festhängens als einer freudvollen Auseinandersetzung mit der gleichen Thematik. Anregungen zur Veränderung der Bewegungsabläufe oder Materialaufbauten nahm er bereitwillig an.

In der Handmotorik zeigte er eine eindeutige Präferenz der rechten Hand, die linke Hand wurde durchgängig als Hilfshand eingesetzt. Silas malte und schrieb mit sehr hohem Kraftaufwand und einer Bewegung aus dem gesamten Arm, so dass die einzelnen Formen eckiger wurden, was Silas sehr ärgerte.

Spiel

Silas Spielverhalten war durchgängig von einem nahezu gleichförmigen, funktionellen Ausprobieren geprägt, ohne dass explorativ erkundende Tätigkeiten im Vordergrund standen. Silas wiederholte vertraute Handlungsstrukturen und übertrug sie teilweise auf neue Situationen (Rutschen auf der Rutsche, auf der großen Schräge) ohne daraus neue Spielformen zu entwickeln. Meine Versuche, einzelne Handlungen in Bewegungsgeschichten oder Rollenspiele zu integrieren (Schräge hochklettern-Bergsteiger) nahm er nicht auf.

Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich

Bei selbst zu wählenden Aufgaben stellte Silas sich sehr hohe, zum Teil überhöhte Anforderungen, die nicht einer realistischen Einschätzung seines eigenen Leistungsvermögens entsprachen. Ohne mein Eingreifen hätte er diese Aufgaben nicht bewältigen können oder sich bei Bewegungsaufgaben sogar in Gefahr gebracht. Gleichzeitig war die Sorge zu versagen oder etwas nicht zu können, sehr handlungsleitend. Mit perseverierenden Äußerungen verließ Silas seiner Unzufriedenheit bei nicht optimaler Handlungsausführung Ausdruck. In der therapeutischen Zweiersituation akzeptierte er konkrete Anforderungen, schien sogar für viele Anregungen dankbar.

Intellektuelle Fähigkeiten

Silas verfügte über ein gutes Aufgaben- und Spielverständnis und konnte verbale Anforderungen gezielt umsetzen. Er bewegte sich sicher im Zahlenraum bis 100 und setzte diese Fähigkeit gerne ein, indem er Gegenstände im Raum zählte oder kleinere Rechenoperationen vornahm. Silas kannte bereits alle Buchstaben und konnte diese auch in Druckschrift schreiben.

Sozialverhalten

Silas nahm zu mir freundlich distanziert Kontakt auf, der primär über die Handlungsebene weniger über die verbale Kommunikation ablief. Auf Fragen antwortete er meist nur kurz, sehr leise und mit aufmerksamen Blick, ob ich ihn auch verstanden hatte. Er forderte von sich aus keine konkreten Spiele oder Hilfestellungen ein, sondern begann mit einzelnen Handlungen oder wartete auf Anregungen von mir.

Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)

Da Silas wegen seines Anfallsleidens an einer Reihenuntersuchung zu Verläufen bei benignen Epilepsien teilnahm, war die Testung mit dem KTK obligatorisch. Aus diesem Grund wurde auf eine weitere Testung mit dem MOT im Rahmen der psychomotorischen Diagnostik verzichtet.

RB: 93 SH: 120
 MÜ: 124 SU: 106
 MQ: 114

Beobachtung: Silas führte die Aufgaben zügig fast hastig durch, setzte sich selber unter Druck und wirkte sehr angespannt.

Trapolinscreeningtest (TST)

Silas konnte sich schnell an die Fremdkinetik des Tuches anpassen und gleichmäßig springen. Er sprang mit sehr hohem Krafteinsatz, beinahe stampfend, die Hände waren dabei gefaustet. Er bewegte sich lange auf dem Trampolin, powerte sich fast aus, äußerte aber nach dieser Stunde "*das nächste Mal nicht mehr springen*".

Fragebogen zur Erfassung internaler/externaler Kontrollüberzeugungen

Die Auswertung des Fragebogens zu den Kontrollüberzeugungen ergab bei der ersten Befragung mit 7 Nennungen (im Vgl. 4 Items interne KÜ) eine externe Zuschreibung für positive Ereignisse. Die Zuschreibung für negative Ereignisse lag dagegen mit einer deutlichen Gewichtung bei internalen Ursachen (8 Items; im Vgl. 3 Items externe KÜ). Die außerhalb der eigenen Kontrolle liegenden Ursachen für erfolgreiche Handlungen gaben Hinweise auf eine negative Bewertung der eigenen Wirksamkeit. Die gleichzeitig auf interne Ursachen ausgerichtete Attribution bei negativen Ereignissen spiegelten seine Tendenz wider, sich vermehrt für Mißerfolge verantwortlich zu fühlen.

Zusammenfassende Interpretation

Trotz eines sehr guten intellektuellen und motorischen Leistungsvermögens schienen Silas Schwankungen in seiner Motivation die Lust an vielen Dingen zu verleiden. Er zeigte ein stark mißerfolgsorientiertes Verhalten und verweigerte Aufgaben aufgrund einer für ihn aversiven Valenz. In Anbetracht des im Kindergarten aufgetretenen elektiv mutistischen Verhaltens musste von einem ausgeprägten Störungsbewusstsein hinsichtlich seiner sprachlichen Kommunikationsfähigkeit ausgegangen werden, das in Wechselwirkung mit seinem hohen intellektuellen Niveau zu seinem Rückzugsverhalten führte. Sein Störungsbewusstsein in Bezug auf die kommunikative und soziale Auseinandersetzung im Kindergarten und außerfamiliären Rahmen hatte dabei zu einer eher generalisierten negativen Erwartungshaltung geführt. Dies bestätigten auch seine Antworten in den Fragen zur Kontrollüberzeugung, die insbesondere bei sozialen Ereignissen (Fragen 9, 10, 12, 13, 16, 19)

oder bei sprachlichen Anforderungssituationen (Fragen 2, 5, 18, 22) eine externe Zuschreibung bei positiven Ereignissen und eine interne Attribution bei negativen Ereignissen aufwiesen. Das Verhaften in vertrauten Bewegungs- und Handlungsstrukturen und die geringe Explorationsfreude waren demzufolge Ausdruck seiner Versagens- und Mißerfolgsängste. Die von den Eltern angegebenen Schlafstörungen mit Einnässen und Alpträumen wiesen auf eine eher traurig verstimmte emotionale Situation hin, die eine therapeutische Betreuung im Sinne einer psychomotorischen Entwicklungstherapie erforderlich machte.

Therapieziele und Therapieplanung

Therapiezielwünsche der Eltern des Klienten

Für Frau V. war Silas introvertierte, mitunter verstimmte Grundhaltung ein großes Problem, da sie darin auch die Ursache für seine begrenzten sozialen Kontakte sah und sie Sorge hatte, dass er ohne die Freunde seines Bruders sozial isoliert aufwachsen müsse. Ihr Wunsch war es, dass Silas mehr Interesse für seine "Spielumwelt" aufbaue und eigene Spielideen entwickle und umsetzen lerne. Sie hoffte, dass Silas durch die Herausbildung eigener Interessen und Neigungen sich seiner eigenen Stärken bewusst und durch ein vermehrtes Selbstvertrauen mehr Sicherheit in sozialen Situationen erlangen würde. Darüber hinaus wünschte sie sich, dass Silas sich mehr von seinem Bruder lösen und über Freizeitaktivitäten neue Kontakte zu Gleichaltrigen aufbauen könne. Als zusätzliche "Bedrohung", die im Rahmen der psychomotorischen Entwicklungstherapie nicht beeinflusst werden konnte, standen die Sorgen der Eltern bezüglich der EEG-Veränderungen und daraus resultierender gesundheitlicher Folgen.

Therapiezielwünsche der Therapeutin

Ausgehend von den Beobachtungen in der Diagnostikphase waren zwei Eindrücke handlungsbestimmend. Silas sprachliche Beeinträchtigungen hatten trotz sehr guter intellektueller und motorischer Kompetenzen dazu geführt, dass er sich selber wenig zutraute, sich in seiner Umweltbewältigung als wenig wirksam erlebte und ein ausgeprägtes Störungsbewusstsein entwickelt hatte. Die Reduktion auf wenige, ihm vertraute Handlungsstrukturen einerseits und die starke Orientierung an den älteren Bruder andererseits hatten sein eigenes Handlungsrepertoire massivst beschnitten und ihn in die Rolle des Mitläufers gedrängt. Die wesentlichen Ziele waren demzufolge die Bewußtmachung und Förderung seiner eigenen Interessen sowie die Stabilisierung seines Selbstvertrauens durch Aktivie-

rung vorhandener Handlungsressourcen und die Vermittlung eigener Wirksamkeitserfahrungen. Da Silas sowohl im motorischen wie auch im intellektuellen Bereich über umfangreiche Kompetenzen verfügte, wurde die therapeutische Intervention über die Bewegungsarbeit als adäquate Maßnahme angesehen, ihm in diesem Handlungsfeld Erfolgserlebnisse zu vermitteln. Ein zweiter wichtiger Schwerpunkt war der Aufbau sozialer Kompetenzen und die Integration in gruppenorientierte Freizeitangebote.

Zielerreichungsskala

Gemeinsam mit der Mutter wurden folgende Ziele vereinbart und differenziert beschrieben:

Ziel Nr. 1: Förderung der Selbsttätigkeit und des Selbstvertrauens durch Aktivierung der vorhandenen Handlungsressourcen (Faktor 3)

4 = 100% = entwickelt eigene Interessen/Hobbys; nutzt externe Angebote der Freizeitgestaltung (z.B. Verein)

3 = 75% = sucht sich selbständig neue Handlungsfelder, entwickelt eigene Wünsche der Freizeitgestaltung

2 = 50% = offener Zugang zu neuen Materialien, entwickelt eigene Spielideen

1 = 25% = zeigt Interesse an angebotenen Spielmaterial, explorative Handlungen zur Erkundung des neuen Materials

0 = Ausgangslage = zeigt wenig Interesse an neuen Herausforderungen, verhaftet in vertrauten Strukturen; orientiert sich sehr stark an seinem älteren Bruder

-1 = Verschlechterung = verweigert den Kindergartenbesuch; zieht sich aus Spielsituationen innerhalb und außerhalb der Familie zurück

Ziel Nr. 2 Erwerb sozialer Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen (Faktor 3)

4 = 100% = sucht und findet in neuen Handlungsfeldern (Verein, Schule) Kontakt zu anderen Kindern, baut Freundschaften auf

3 = 75% = lässt in neuen Situationen Kontakt zu anderen Kindern zu, nimmt Spielangebote an

2 = 50% = sucht im vertrauten Rahmen (Kindergarten, Elternhaus) von sich aus Kontakt zu anderen Kindern, lädt sich Kinder zum Spielen ein

1 = 25% = akzeptiert Kontakt zu gleichaltrigen Kindern im vertrauten Rahmen (Kindergarten, häusliches Umfeld) und spielt mit ihnen

0 = Ausgangslage = spielt ausschließlich mit seinem Bruder und dessen Freunden, zieht sich aus Kontakten außerhalb der Familie weitestgehend zurück

-1 = Verschlechterung = verweigert soziale Kontakte zu den Freunden seines Bruders; völliger Rückzug aus den sozialen Bezügen im Kindergarten

Geplante und vereinbarte Interventionen

Ausgehend von den intendierten Therapiezielen sah das therapeutische Vorgehen im Wesentlichen zwei Schwerpunkte vor. In einer ersten Phase, die als Einzelförderung geplant war, sollte primär die handelnde Auseinandersetzung mit verschiedenen Bewegungs- und Spielmaterialien im Vordergrund stehen. Die zentrale Intention war, durch vielfältige Spiel- und Bewegungsangebote Silas motorische und intellektuelle Kompetenzen herauszufordern, so dass er seine Stärken wahrnehmen und durch entsprechende Rückmeldung auch als positive Selbsterfahrungen abspeichern und in sein Selbstbild integrieren konnte. Desweiteren sollte durch die Vielfalt der Angebote seine spezifischen Interessen eruiert werden, um ihm die Möglichkeit zu bieten, eigenen Hobbys nachgehen zu können. Mit Hilfe entsprechender Strukturierungshilfen (z.B. Spiellemappe) sollte Silas zudem Lösungsstrategien an die Hand bekommen, mit denen er selbständig eigene, neue Spielideen entwickeln und umsetzen lernte.

In einer zweiten Phase war der Zusammenschluss mit einem anderen Jungen vorgesehen, um in der therapeutischen Kleingruppe soziale Kompetenzen zu fördern.

Parallel dazu wurden in regelmäßigen Abständen Hospitationen und Gespräche mit der Mutter vereinbart, um ihr die Möglichkeit zu geben, Silas Entwicklung in einem anderen Handlungsfeld beobachten zu können.

Da der ältere Bruder für Silas einen starken Orientierungspunkt darstellte, was die Mutter auch als nicht unproblematisch wertete, wurden für einen späteren Zeitpunkt "Geschwisterstunden" geplant, um diese Konstellation unter diagnostischen Gesichtspunkten differenzierter zu betrachten und Konsequenzen für das therapeutische Procedere daraus abzuleiten.

Die Sprachtherapie sollte weiterhin bei der niedergelassenen Logopädin fortgeführt werden.

2. Therapieverlaufs- und Therapieprozessdaten

Orientierungsphase

Bereits nach wenigen Stunden löste sich Silas schnell von seiner Mutter, erwartete mich schon im Flur und kam gerne mit in den Psychomotorikraum. Inhaltlich bot ich ihm Großgeräte zum Klettern, Rutschen, Schaukeln und Bauen, die genauso aufgebaut waren wie in der vorangegangenen Stunde, durch die Ergänzung mit anderen Materialien oder Variationen im Arrangement aber neue Aufgabenstellungen enthielten. Silas öffnete sich in den Stunden immer mehr, ging spontan auf die bekannten Angebote zu und wiederholte die Bewegungssequenzen. Verbal meldete ich ihm zurück, dass er sich gut an die Ideen der vergangenen Stunden erinnern und die inhärenten Bewegungsaufgaben erfolgreich bewältigen konnte. Durch gezielte Fragestellungen und assoziative Verknüpfungen (*"Wie kannst du noch von der Schräge runterkommen? Weißt du welche Sportarten es in den Bergen gibt?"* z.B. Skifahren - auf zwei Fliesen stehend rutschen, Rodeln - auf einem Kissen sitzend, Paragliden - mit einem Seil schwingen, etc.) entwickelte er eigene Ideen, die er mit meiner Unterstützung in neue Bewegungsabläufe umsetzte. Infolge seiner hohen Motivation und Anstrengungsbereitschaft erweiterte er innerhalb weniger Stunden sein motorisches Handlungsrepertoire, welches ihm den Einstieg in neue Situationen erleichterte und für mich den Übergang in die nächste Phase einleitete.

Auseinandersetzungphase

Aufgrund der binnen weniger Stunden (6 Therapieeinheiten) sich abzeichnenden raschen Erweiterung Silas' Handlungsmöglichkeiten und des explorativen Verhaltens in der Beschäftigung mit den Angeboten wagte ich zu Beginn der Auseinandersetzungphase eine Umstrukturierung, dadurch dass ich den gewohnten Ritus der Mischung von Bekanntem mit Neuem aufgab und Silas eine völlig unbekannte Raum- und Materialanordnung anbot. Nachdem er freudig den Raum betreten hatte, stutzte er einen Moment und setzte sich dann auf die Bank. Auf meine Aufforderung hin, er dürfe sich etwas zum Spielen aussuchen, ließ er seinen Blick mehrfach durch den Raum wandern und erklärte dann, er wisse nicht was er machen solle. Die von mir wahrgenommene Sicherheit im Umgang mit Bewegungsangeboten war bei Silas noch nicht so stabil, dass er ohne weitere Unterstützung sich der Situationsveränderung stellen konnte. Die Stunde konnte dadurch gerettet werden, dass ich erneut über assoziative Verknüpfungen zu vorangegangenen Erfahrungen den Abruf seiner Handlungsmöglichkeiten und -ideen anregte. Für die folgenden Einheiten bot ich

Silas weiterhin bekannte Strukturen als Einstiegshilfe.

Der Umfang und die Qualität seiner motorischen Leistungen wirkten variantenreich und sehr gut, so dass mir das eher übungsmäßig ausgerichtete Angebot an Bewegungsanlässen als ausgereizt erschien und ich nach Variationsmöglichkeiten wie z.B. der Gestaltung von Bewegungsgeschichten suchte. Silas hatte jedoch bislang von sich aus keine Rollenspiele initiiert. Da Silas sich gerne Bücher anguckte und Geschichten hörte, wagte ich den Einsatz der OH-Assoziationskarten, die zwar für Kinder einen hohen Aufforderungscharakter haben und die Phantasie anregen, die Auseinandersetzung damit aber im Wesentlichen durch sprachliche Anteile (Beschreiben der Bilder, Erzählen von Geschichten) geprägt ist, ein Bereich, der nicht Silas Stärke war. In einer der folgenden Stunden zeigte ich ihm die Karten und bat ihn, sich die Bilder anzuschauen und diejenigen rauszusuchen, die ihm gefielen. Silas war sofort von den Bildern begeistert und erzählte spontan sehr umfassend und differenziert, was ihm an den einzelnen Bildern gefiel bzw. warum er sie nicht mochte. Von sich aus ordnete er die Karten so an, dass sie in einer inhaltlichen Verbindung standen und entwickelte daraus eine eigene kleine Geschichte. Die Arbeit mit den Assoziationskarten faszinierte ihn derart, dass er am Ende dieser Stunde gar nicht aufhören wollte und sich nur mit dem Versprechen, sie in der nächsten Woche wieder zu bekommen, lösen ließ. Die nächste Stunde begannen wir mit dem Erfinden und Erzählen einer Bildergeschichte, die von einem Schloß, einem Schatz und Räubern handelte. Ich schrieb die Geschichte nieder und fragte Silas, ob wir unsere Geschichte nicht auch spielen wollten. Mit unserem "Drehbuch" bauten wir ein Schloß aus Schaumstoffteilen, in dem wir einen Schatz versteckten. Der König (Silas) schlief nun mit Schlafbrille in seinem Schloß und ich als Räuber musste versuchen, mich möglichst leise anzuschleichen und den Schatz zu rauben. Hatte er mich gehört, durfte er laut auf den Gong schlagen, um damit die imaginäre Wachmannschaft herbeizurufen und mich zu verjagen. Im Verlauf der Stunde variierte Silas die Versteck- und Suchidee und die Rollen der Protagonisten. Stolz erzählte er nach der Stunde seiner Mutter unser Märchen und zeigte ihr das Drehbuch. Von dieser Idee begeistert, konnten wir in den folgenden Stunden verschiedene Erzählungen entwickeln und in Bewegungsgeschichten umsetzen. In dieser Phase äußerte Silas von sich aus öfters, dass die Stunden immer so kurz seien und er gerne noch länger spielen würde. Frau V. berichtete parallel dazu, dass Silas von sich aus wesentlich kommunikativer geworden sei und er zu Hause begonnen habe, Rollenspiele zu spielen. Neben seinem "Märchenbuch", auf das er sehr stolz war, erfuhr Silas in dieser Zeit viel bestärkende Rückmeldung in Bezug auf seinen Ideenreichtum und die Gestaltung der Bewegungsgeschichten. Viele der Erzählun-

gen handelten von raubenden Piraten, kämpfenden Rittern und Abenteurern, die vielfältigste Risiken und Kämpfe zu überstehen hatten. Nach einer weiteren Phase der intensiven Ausgestaltung von selbst erdachten Geschichten hielt ich den Übergang in eine Kleingruppe für sinnvoll, um Silas einen Spielpartner zu bieten, der nicht therapeutisch, sondern spontan und mit seinen eigenen Erfahrungen auf die Ideen reagierte. Gleichzeitig sollte Silas über das gemeinsame Bewegungsspiel soziale Kompetenzen aufzubauen.

Erweiterungsphase

Therapeutisches Setting

Als zweites Gruppenkind wählte ich den ein Jahr älteren Norbert¹⁵⁶, der ebenfalls aufgrund massiver Verweigerungs- und Rückzugstendenzen seit bereits einem Jahr zur psychomotorischen Entwicklungstherapie kam. Er schien mir für die gemeinsame Arbeit mit Silas geeignet, da er im motorischen Bereich einen äquivalenten Partner darstellte. Silas war der intellektuell Stärkere innerhalb dieser Konstellation, der in seiner Auffassungs- und Gestaltungsgabe für Norbert Modell sein konnte. Zugleich war Norbert ein ebenfalls eher ruhiger, zurückhaltender Junge, so dass ein behutsamer sozialer Umgang zwischen den beiden zu erwarten war.

Für den Erstkontakt wählte ich eine den beiden Jungen vertraute Spielsituation, eine große Brettschaukel, die in vergangenen Stunden als Basis für ein Schiff gedient hatte sowie die Rollbrettrampe mit Rollbrettern als Anlegestelle bzw. Beiboote. Die Jungen gingen freundlich distanziert aufeinander zu und signalisierten beide Bereitschaft, gemeinsam die Stunde zu gestalten. Silas nahm als Erster sprachlich Kontakt zu Norbert auf, indem er ihm mitteilte, dass er genau so ein Stoffhäschen wie Norbert habe. Mit dieser Geste hatte er eine große Vertrauensbasis geschaffen, dadurch dass er nicht wie andere Kinder über Norberts mitgebrachtes Kuscheltier lachte. Anschließend schaukelten sie gemeinsam und stimmten meinem Vorschlag zu, ein neues Schiff zu bauen. Die Bauphase gestaltete sich schwierig, dadurch dass beide Kinder primär auf die Beobachtung des Partners konzentriert waren und weniger auf die Planung und Umsetzung des Schiffes. Im Anschluss an die Bauphase ging Silas zur Rollbrettrampe und Norbert folgte ihm. Die beiden Jungen wechselten sich mit dem Fahren ab bis Silas die Spielidee "Raketenabschuß" einführte, bei der er jedes Mal von Zehn an rückwärts zählte bevor er die Rampe hinunterrollte. Diese einfallsreiche Spielidee nutzte Silas im Weiteren, um Norbert immer länger warten zu las-

¹⁵⁶ Kapitel 11.3.

sen, da er bei den folgenden Durchgängen nicht mehr von Zehn an, sondern von Fünfzehn, Zwanzig etc. an rückwärts zählte. Norbert zog sich daraufhin ohne Kommentar aus der Spielhandlung zurück und ging mit seinem Stoffhasen auf die Schaukel. Im Abschlussgespräch sollten die Kinder rückmelden, ob sie lieber alleine oder in dieser Zweiergruppe weitermachen wollten. Beide Jungen äußerten den Wunsch, in dieser Konstellation kommen zu wollen.

Der thematische Schwerpunkt in der folgenden Therapiephase lag in der Planung und Durchführung gemeinsam entwickelter Bewegungsgeschichten. Da beide Kinder zwischenzeitlich über ein umfassendes Spiel- und Handlungsrepertoire verfügten, waren die Assoziationskarten als Ideenbörse nicht mehr erforderlich. Silas und Norbert gingen bevorzugt in den Trampolinraum, wo sie sich aktiv motorisch betätigen, aber auch mit Matten, Schaukeln und Seilen Bewegungslandschaften konstruieren konnten. Sie tauschten sich bzgl. der Stundeninhalte aus und unterstützten sich beim Aufbau, die eigentliche Spielphase war jedoch primär durch Parallelspiel gekennzeichnet. Dabei entwickelten sich immer wieder Konkurrenzsituationen, die durch Leistungsvergleiche charakterisiert waren und aus denen Norbert sich meist schnell zurückzog, indem er das Spiel beendete oder die Regeln veränderte. Silas, der den Leistungsvergleich oft antrieb, beobachtete das Geschehen sehr genau und agierte dann als Moderator der Situation, indem er Norbert Brücken baute, wieder ins Spiel zurück zu kommen. Für mich nicht ganz eindeutig zu beurteilen waren Silas Beweggründe für sein kooperativ soziales Verhalten. Einerseits hatte es den Eindruck als wollte Silas sich durch diese Maßnahmen in ein positives Licht rücken, andererseits benötigte er nach wie vor Norberts Impulse, wenn es um die weitere Handlungsplanung ging. Beide Jungen ergänzten sich in ihrem gemeinsamen Spiel dadurch, dass Norbert Ideen setzte, die Silas aufgreifen und weiterführen konnte. Entzog sich Norbert den Spielhandlungen schaffte Silas es durch gezielte Aufforderungen ihn wieder in die gemeinsame Aktivität zu integrieren bzw. für deren Fortsetzung neue Anregungen zu erhalten. Unter therapeutischen Gesichtspunkten übernahmen beide Jungen auf unterschiedlichen Handlungsebenen Modellfunktion, die ihnen in einem sozialen Handlungsfeld positive Selbsterfahrungen vermittelte. Zugleich bot insbesondere Norberts Rückzug immer wieder Gelegenheit, im reflektierenden Gespräch Ursachen für bedrohlich erlebte Situationen anzusprechen und modellhaft Attributionsänderungen vorzunehmen.

Ogleich beide Jungen in dieser Kleingruppe miteinander spielen und handeln konnten, fiel es ihnen schwer, Konflikte nicht durch Rückzug oder Angriff zu lösen. Auch Silas, der in der Gruppenkonstellation sicherer und stabiler wirkte, hatte noch Probleme zu akzeptie-

ren, dass das Zurückstecken seiner eigenen Bedürfnisse nicht eine Bedrohung oder Niederlage bedeutete.

Familiäres Setting/Kindergarten

Im Anschluss an eine Hospitation hinter der Einwegscheibe betonte Frau V. wie erstaunt sie sei, Silas so unauffällig und kooperativ in der Kleingruppe zu erleben. Sie stellte für sich fest, dass ihr Eindruck ihres Sohnes noch immer der des Einzelgängers und Außenseiters war, was sie aber weder in der therapeutischen Situation noch im Kindergarten bestätigt bekam. Angenehm überrascht präsentierte sie mir den Abschlussbericht des Kindergartens, der Silas Entwicklungsfortschritte in diesem Wachstumsfeld dokumentierte. Die pädagogischen Fachkräfte betonten Silas positive sprachliche wie auch sozio-emotionale Entwicklung im letzten Dreivierteljahr. Sein Selbstbewusstsein sei gestiegen und die Spielanteile mit anderen Kinder hätten deutlich zugenommen. Er wähle sich seine Kommunikationspartner sehr sorgfältig aus und könne in der von ihm ausgesuchten Spielgruppe seine Interessen, Wünsche und Bedürfnisse äußern sowie Spiele initiieren. Aufgrund der Selektion seiner Spielpartner gerate er selten in Konfliktsituationen. Seine intellektuelle, soziale und psychisch-emotionale Entwicklung bilde eine sehr gute Grundlage für die problemlose Bewältigung der schulischen Anforderungen.

Ihre eigenen Beobachtungen sowie die positiven Rückmeldungen aus dem Kindergarten und dem therapeutischen Setting hatten Frau V. die Sorge genommen, dass die bevorstehende Einschulung zu Problemen und einer Außenseiterposition Silas führen könnte. Trotz der insgesamt erfreulichen Entwicklung vereinbarten wir zunächst die Fortsetzung der Therapie bis zu den Herbstferien, um Silas im neuen Lebensabschnitt einen Schutzraum zu erhalten, in dem er neue und frustrierende Erfahrungen in einem vertrauten und sicheren Rahmen mit fachlicher Unterstützung aufarbeiten konnte. Zugleich bestand noch das Anliegen, den Umgang mit Konflikten innerhalb der Kleingruppe als inhaltlichen Schwerpunkt zu bearbeiten.

Unter dem Aspekt der Übertragung der in der Kleingruppe gewonnen Erfahrungen auf ein neues Wachstumsfeld sowie der Förderung von Silas Interessen und Neigungen überlegten wir gemeinsam, welche Freizeitangebote Silas in Anspruch nehmen könnte, die auch im Anschluss an die Therapie eine Fortsetzung sozialer Kontakte außerhalb der Schule und Familie ermöglichten. Aufgrund seiner guten motorischen Kompetenzen und seines eigenen Bedürfnisses sich zu bewegen, fiel die Wahl auf den örtlichen Sportverein. Silas hatte die Möglichkeit in sogenannten Schnupperstunden verschiedene Sportarten kennen zu lernen, bevor er sich für eine Abteilung entscheiden musste. Letztendlich wählte er Judo, da

er die Fähigkeit eine Verteidigungssportart zu können als wichtig für sich (und sein Selbstbewusstsein) erachtete und Fußball, um weiterhin mit seinem Bruder und dessen Freunden spielen zu können.

In diese Phase der Therapie fielen die Sommerferien, in denen Norbert verreiste, so dass Silas für drei Wochen Einzeltherapie hatte. Diese Zeit nutzte ich, um eine Geschwisterstunde mit dem vier Jahre älteren Bruder anzusetzen, bei der Silas sich den Raum und das Material auswählen durfte. Er entschied sich für das Trampolin in Kombination mit Seilen zum Schwingen. Beim Betreten des Raumes strahlte Silas Sicherheit und Souveränität aus und erläuterte zunächst seinem Bruder Bernd die Sicherheitsmaßnahmen und Spielregeln. Obgleich Bernd das erste Mal bei mir war, übernahm er rasch die Führungsrolle und bestimmte den Ablauf der Stunde. Bei den verschiedenen Bewegungsabläufen war Silas deutlich sicherer und motorisch koordinierter, während Bernd mitunter Schwierigkeiten hatte, seinen Sprung auf dem Trampolin zu steuern oder mit dem Seil auf die gegenüberliegende Seite zu schwingen. Während der gesamten Stunde griff Bernd wiederholt in das laufende Spielgeschehen ein und versuchte, Silas in seinem Spiel, seiner Bewegung zu stören und selber das Geschehen zu dominieren. Obgleich Silas den "Heimvorteil" hatte und der motorisch Überlegenere war, ließ er sich von seinem Bruder zurückdrängen ohne gegen dessen Verhalten zu opponieren. Frau V. hatte die Geschwisterstunde beobachtet und berichtete von ähnlichen Ereignissen im häuslichen Rahmen. Sie zeigte großes Verständnis für Bernds Verhalten, der bislang immer als Vorbild und soziale Stütze für Silas hatte herhalten müssen und nun aufgrund dessen gewachsener Selbstsicherheit seiner dominanten Rolle beraubt war, darüber hinaus sogar in manchen Bereichen von ihm übertroffen wurde. Im Elterngespräch versuchten wir herauszuarbeiten, welche intrafamiliären Maßnahmen zu treffen wären, um Bernd in seiner Rolle des älteren Bruders zu stützen, ohne gleichzeitig Silas neues Selbstvertrauen zu erschüttern resp. im ungünstigsten Falle wieder zu minimieren. Silas Part innerhalb der Familie musste neu definiert werden, was dazu führte, dass Bernd nicht mehr die "Leitfigur" war, sondern er durch andere Privilegien (Abends länger aufbleiben, alleine mit Freunden weggehen, etc.) in seiner Rolle des älteren Bruders bestätigt wurde. Ebenso wurden Silas neue Handlungsfelder offeriert, die er sich ohne den Schutz und die Kontrolle seines Bruders erobern sollte. Infolge des reflektierenden Erziehungsverhaltens der Eltern konnte diese kritische Phase innerhalb der Familie gut bewältigt werden und beide Kinder eine neu definierte Rolle einnehmen. Obgleich aufgrund der beruflichen Auslastung des Vaters ausschließlich die Mutter zu den Gesprächen

erschien und sie die vorrangige erzieherische Aufgabe übernahm, wurden die ausgehandelten Maßnahmen vom Vater mitgetragen.

Übertragungsphase

Therapeutisches Setting

Die Phase nach den Sommerferien, die für beide Kinder mit vielen neuen Eindrücken und Aufgaben besetzt war, wurde durch eine gegenläufige Entwicklung der Jungen charakterisiert. Während Norbert aufgrund erlebter Mißerfolge zunehmend in seinem Verhalten regredierte, blühte Silas immer mehr auf. Im schulischen Rahmen fühlte er sich gefordert und erlebte, dass er die an ihn gestellten Anforderungen ohne Probleme lösen konnte und ihm die Zuwendung und Achtung der Klassenkameraden zuteil wurden. Mit diesem neu gewonnenen Selbstverständnis agierte er auch innerhalb der Kleingruppe sicherer und souveräner. Die Therapiestunden waren dadurch gekennzeichnet, dass Norbert weinerlich und mit Rückzug auf Angebote reagierte, während Silas aktiv handelte und Norbert wiederholt über seine Kuscheltiere ins Spiel zurückholte. Ein Konflikt ergab sich häufig daraus, dass Silas mit strukturierten Angeboten deutlich besser umgehen konnte als mit freien Spielsituationen, Norbert sich hingegen aus vorgegebenen Aufgaben herauszog. Da Silas von sich aus immer noch relativ wenig eigene Ideen einbrachte resp. weiterentwickelte, gestalteten sich die Stunden als Wechselspiel zwischen Norberts Spielhandlungen, die er oftmals nach einiger Zeit unvermittelt abbrach und Silas Bemühen ihn zum Weitermachen zu motivieren. Beide Jungen bevorzugten nach wie vor den Trampolinraum mit seinen Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten, die ein überschaubares und einkalkulierbares Handlungsrepertoire zuließen. Material- und Spielergänzungen wurden von Silas gerne, von Norbert je nach Tagesverfassung angenommen. Silas war in dieser Phase eindeutig der aktivere Spielpartner, der gerne vielfältige Bewegungs- und Spielangebote nutzte. Norberts problematischeres Verhalten löste in Silas die Rolle des kooperativen, soziale Bezüge gestaltenden Spielpartners aus, der sich somit als gut integriert und sozial engagiert erlebte. Der von mir intendierte Aufbau von Konfliktlösemechanismen kam aufgrund der belastenden Situation von Norbert nur geringfügig zum Tragen, da dieser sich bei Schwierigkeiten ganz zurückzog und nur selten zu Auseinandersetzungen bereit war.

Familiäres Setting

Nach Aussagen von Frau V. ging Silas gerne in den Sportverein und beteiligte sich dort aktiv am Training. Insbesondere Judo machte ihm viel Spaß und mit wachsender Begeisterung probierte er die neuen Griffe und Techniken an seinem älteren Bruder aus. Im Verein

war Silas gut in die Gruppe integriert, wollte aber über die Trainingszeiten hinaus keine weiteren Kontakte zu den anderen Jungen seiner Mannschaft.

Nach den Herbstferien berichtete Frau V., dass Silas zum ersten Mal restlos begeistert und zufrieden in einem Urlaub gewesen sei. Die Familie war in einer Ferienanlage untergebracht, in der für die Kinder ein Animationsprogramm angeboten wurde. Silas habe alle Freizeitangebote von sich aus wahrgenommen und sei morgens immer als Erster am Treffpunkt gewesen. Die Animatoren hätten ihn schon gekannt. Silas habe sich jeden Tag auf die Aktivitäten gefreut und mitgespielt. Innerhalb dieser Aktivitäten sei er gut mit den anderen Kindern zurechtgekommen und aufgrund seiner guten Leistungen immer ein attraktiver Spielpartner gewesen. Vermutlich brauche Silas aber den (durch Erwachsene) strukturierten Rahmen, um sich auf soziale Kontakte einzulassen. Seien die Kinder außerhalb des Programms zu ihm gekommen, dann wollte er nicht mit ihnen spielen, sondern hielt sich lieber in der Ferienwohnung auf.

Die positive Entwicklung von Silas in der Schule, im Urlaub und in der Freizeit waren der Auslöser über das Ende der Therapie nachzudenken. Die zu Beginn intendierten Therapieziele waren weitestgehend erreicht, da Silas in angeleitete Gruppen gut integriert war. Sein Selbstvertrauen und die Sicherheit der eigenen Wirksamkeit in unterschiedlichen Handlungsfeldern eröffneten ihm neue Möglichkeiten der handelnden Auseinandersetzung. Aufgrund der Selektion seiner sozialen Kontakte und der Kontexte (durch Erwachsene angeleitete Stunden), in denen sie sich abspielten, ging er Konflikten nach wie vor aus dem Weg. Die Zusammensetzung der Kleingruppe bot zum damaligen Zeitpunkt aber keine Möglichkeit, an diesem Punkt weiter zu arbeiten. Die einzige Alternative wäre die Umsetzung in eine neue Therapiegruppe gewesen, die aber aufgrund des ansonsten positiven Entwicklungsverlaufs von den Eltern und mir nicht angestrebt wurde. Aus den genannten Gründen entschieden wir uns die Therapie für Silas zu beenden.

Abschlussphase

Familiäres Setting/Schule

Im Abschlussgespräch berichtete Frau V., dass Silas in der Schule sehr gut zurecht komme, er leistungsmäßig - wie zu erwarten - keinerlei Probleme habe. Silas werde zunehmend selbstbewusster und habe guten Kontakt zu anderen Kindern in seiner Klasse, werde auch von ihnen zum Spielen eingeladen. Zu Hause brauche er Zeit für sich, in der er ausgiebig puzzle, Geschichten schreibe oder Pläne mache. Dabei wirke er sehr zufrieden und in sich ruhend. Frau V. hätte sich zwar gerne noch mehr soziale Kontakte für Silas gewünscht, gab

sich aber mit den bestehenden Außenkontakten zufrieden, da Silas zu anderen Kindern gehe und er zu Hause sehr zufrieden und beschäftigt wirke und sich nicht mehr an seinen Bruder hänge.

Da Silas sowohl in der Schule als auch im Verein gut integriert war, die intendierten Ziele erreicht und keine gravierenden Einbrüche zu erwarten waren, hielten wir die Beendigung der Therapie für sinnvoll. Frau V. bekräftigte, dass dies der geeignete Zeitpunkt sei, denn auch für Silas sei das Kommen nicht mehr so wichtig. Früher habe er die Tage bis zum nächsten Therapietermin gezählt und diese Stunde sei für ihn das Schönste und Wichtigste gewesen. Sein nachlassendes Interesse wertete sie als positives Zeichen, dass er die therapeutische Unterstützung und den Schutzraum nun hier nicht mehr benötige.

Silas selbst äußerte mir gegenüber nur sehr zaghaft, dass er gerne mehr Zeit für seine eigenen Interessen hätte und nicht mehr kommen wolle. Mit der Überlegung, die Therapie nun zu beenden war er einverstanden und wirkte zufrieden.

Therapeutisches Setting

Vor der Abschlussstunde bat ich Silas sich zu überlegen, was er gerne noch ein Mal spielen wolle. Zu Beginn der Stunde äußerte er dann keinen Wunsch, sondern überließ mir die Entscheidung der Gestaltung. Ich bot beiden Jungen den Trampolinraum an, in dem sie diverse Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten umsetzen konnten. Beinahe charakteristisch für die gemeinsame Zeit suchte sich jedes Kind etwas anderes und in der ersten Hälfte agierte jeder für sich, ohne auf den Partner einzugehen. Schließlich ergriff wiederum Silas die Initiative und integrierte Norberts Kuscheltier in ein Spiel, so dass auch Norbert mitspielen musste bzw. konnte. Dennoch agierten beide Jungen mehr nebeneinander als miteinander, lediglich die thematische Übereinstimmung lieferte Gemeinsamkeiten.

Zum Ende der Stunde setzten wir uns nochmals zusammen, um Kekse und Saft zu verzehren und die gemeinsame Zeit im Rückblick zu betrachten. Während Norbert sich durch ständig wechselnde Aktivitäten der Gesprächsrunde entzog, stopfte sich Silas derart mit Keksen den Mund voll, dass er nur sehr spärlich antworten konnte und damit ebenfalls dieser Situation auswich. Er konnte und wollte sich nicht mehr dazu äußern, was er in dieser Zeit am liebsten gemacht hatte, was er schlecht fand oder was er noch gerne gemacht hätte. Auf meine letzte Frage, ob er zufrieden sei nun nicht mehr kommen zu müssen, antwortete er eher zögerlich, dass er wohl auch noch gerne weitergekommen wäre. Gemeinsam betrachteten wir dann doch noch mal den Verlauf, warum er vor einem Jahr zu mir kam, was ihm damals schwergefallen war, was sich mittlerweile verändert hatte und warum er heute gut allein zurecht komme und die Unterstützung nicht mehr brauche. Sichtlich

erleichtert bestätigte er seinen erfolgreichen Weg des vergangenen Jahres, so als habe er die Zustimmung durch mich noch benötigt, um von dieser Institution Abschied zu nehmen. Am Ende der Stunde verabschiedete er sich flüchtig von Norbert und schenkte mir noch eine selbstgebastelte Karte, auf der er sich für die schöne Zeit bedankte. Fröhlich hüpfend verließ er mit seiner Mutter das Haus.

3. Daten zum Ende der Therapie

Therapeutischer Verlaufsbefund

Beginn

der Therapie: 2.09.1998

Anzahl

der Therapien: 1x wöchentlich

Art der Behandlung:

Einzelförderung von 9'98 bis 11'98

Gruppenförderung von 12'98 bis 11'99

Vorstellungsgrund:

Rückzug aus sozialen Kontakten

Sprechverweigerung im Kindergarten

Leistungsunsicherheit/ausgeprägte Mißerfolgsorientierung

Förderansatz:

Aktivierung der vorhandenen Handlungsressourcen zur

Stärkung des Selbstvertrauens

Reflexion der eigenen Wirksamkeit durch Erfolgserlebnisse
und Veränderung der Ursachenzuschreibung

Aufbau sozialer Kompetenzen für den Umgang mit
Gleichaltrigen

Verlauf

Motorik/Wahrnehmung

Silas war ein sehr bewegungsfreudiges Kind, das sich vielfältige Bewegungsanlässe suchte, aber nur eine begrenzte Auswahl an Handlungsmustern einsetzte. Im Verlauf der Therapie konnte er sein Bewegungsrepertoire deutlich erweitern, so dass er in verschiedenen Situationen auf seine Kompetenzen zurückgreifen konnte und ihm dies vermehrt Handlungssicherheit vermittelte. Die anfänglich zu beobachtende eher überhastete Bewegungskörperausführung veränderte sich zugunsten raum-zeitlich gut koordinierter und abgestimmter Bewegungsabläufe.

Handmotorik

Silas zeigte eine eindeutige Dominanz der rechten Hand, die linke Hand wurde konsequent als Hilfs- hand eingesetzt. Der anfangs relativ hohe Krafteinsatz beim Malen reduzierte sich deutlich, die Schreibe- bewegungen wurden flüssig und koordiniert, sein Schriftbild gut lesbar.

Spiel

Zu Beginn der Therapie probierte Silas wiederholt diverse Materialien aus, ohne daraus komplexere Spielhandlungen zu entwickeln. Mit Hilfe selbst erzählter Geschichten gelang es ihm, Spielhandlungen zu planen und durchzuführen. Die "Drehbücher" unterstützten ihn dabei, kleinere Rollen zu übernehmen und auszugestalten. Eine Entwicklung, die sich auch im häuslichen Rahmen fortsetzte. Die freie Gestaltung und Umsetzung von Spielideen blieb für ihn aber schwierig. Silas bevorzugte mehr strukturierte Spiele, die einen konkreten Handlungsrahmen und Spielabläufe vorgaben oder wartete innerhalb der Kleingruppe auf Spielanregungen durch den Partner. Ohne eine Rahmenhandlung bzw. äußere Strukturen fiel es ihm schwer, eigene Ideen zu entwickeln. Seine Präferenz für technisches Spielzeug (Bausätze von Fischer Technik) entsprach seinem Spielverhalten, sich mit konkreten Bauplänen einen Rahmen zu schaffen, innerhalb dessen er dann frei agieren konnte. Silas hatte keine Schwierigkeiten, Spielregeln aufzustellen, umzusetzen und einzuhalten.

Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich

Silas wurde im Verlauf der Therapie zunehmend sicherer und selbstbewusster. Die eigene Wahrnehmung und Rückmeldung vielfältiger Erfolge im motorischen Bereich bekräftigten sein Bild eines kompetenten Jungen, der mit seinen eigenen Möglichkeiten vieles bewirken konnte. Die Erfahrung eigener Wirksamkeit sowie die konstante Revision seiner Ursachenzuschreibung führten dazu, dass er sein ursprünglich überhöhtes Anspruchsniveau nivellieren und an sein hohes Leistungsvermögen anpassen konnte.

Intellektuelle Fähigkeiten

Silas überdurchschnittliche Intelligenz zeigte sich in einer schnellen Auffassungsgabe und Umsetzungsmöglichkeit bei neuen Aufgaben.

Sozialverhalten

Den Übergang von der Einzelförderung zur Gruppentherapie bewältigte Silas ohne Probleme. Von Beginn an initiierte er die sozialen Kontakte zum anderen Kind und übernahm die Rolle des Vermittlers und Helfers, was sich auch in der Schule fortsetzte. Die Interaktion zwischen den beiden Jungen blieb jedoch auf einer eher distanzierten Ebene. Silas vermittelte den Eindruck, dass er eine soziale Aufgabe erfüllte, sich aber nicht wirklich für sein Gegenüber interessierte. Aufgrund seiner Selektion an sozialen Bezügen ging er Konflikten weiterhin aus dem Weg, verstand es aber, innerhalb klar strukturierter Gruppen seine Rolle zu finden.

Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)

Untersuchung vom 2.9.98

Untersuchung vom 11.5.99

MQ: 114

MQ: 112

Trapolinscreeningtest (TST)

Silas erweiterte sehr schnell seine Sprungfertigkeiten auf dem Trampolin. Die Standsprünge waren gut dosiert und koordiniert. Aus eigenem Antrieb probierte er Sitz- und Knielandskaps aus sowie Sprungvariationen wie Grätsch- und Hocksprung. Gegen Ende der Therapie gelang ihm sogar ein Salto.

Fragebogen zur Erfassung internaler/externaler Kontrollüberzeugungen

Die erneute Befragung von Silas ergab eine eindeutige Entwicklung von der ehemals stark externalen Ausrichtung zu einer deutlich internalen Zuschreibung bei positiven Ereignissen (10 Items interne KÜ/ 1 Item externe KÜ). Diese gravierende Veränderung resultierte sicherlich aus dem guten Leistungsvermögen, über das Silas verfügte und das es ihm ermöglichte, vielfältige Erfolgserlebnisse wahrzunehmen und seinen eigenen Kompetenzen zu zuschreiben. Die Attribution für Mißerfolge zeigte bei einer weiterhin internalen Ausrichtung nur eine minimale Verschiebung (7 interne Items/4 externe Items). Die Ergebnisse spiegelten seine hohe Erwartungshaltung, wie sie sich auch in der handelnden Auseinandersetzung präsentierte, wider. Silas entwickelte insbesondere nach dem Schulbeginn ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein und Kompetenzerleben, alle Anforderungen bewältigen zu können. Frau V. sah mit Sorge, dass Silas nunmehr mitunter dazu neigte, sich zu überschätzen und vorwiegend im motorischen Bereich viele Risiken einzugehen. Bei differenzierterer Befragung wurde deutlich, dass Silas seine Verantwortlichkeit für negative Ereignisse weniger auf mangelnde Fähigkeiten bezog als vielmehr auf den variablen Faktor Anstrengung, so dass er in seinem Erleben weiterhin über Kontrollmechanismen verfügte.

Zielerreichungsskala

Ziel Nr. 1: Förderung des Selbsttätigkeit und des Selbstvertrauens durch Aktivierung der vorhandenen Handlungsressourcen			
4 = 100% = entwickelt eigene Interessen/Hobbys; nutzt externe Angebote der Freizeitgestaltung (z.B. Verein)			4
3 = 75% = sucht sich selbständig neue Handlungsfelder, entwickelt eigene Wünsche der Freizeitgestaltung		3	

2 = 50% = offener Zugang zu neuen Materialien, entwickelt eigene Spielideen	2		
1 = 25% = zeigt Interesse an angebotenem Spielmaterial, explorative Handlungen zur Erkundung des neuen Materials			
0 = zeigt wenig Interesse an neuen Herausforderungen, verhaftet in vertrauten Strukturen; orientiert sich sehr stark an seinem älteren Bruder			
-1 = Verschlechterung = verweigert den Kindergartenbesuch; zieht sich aus Spielsituationen innerhalb und außerhalb der Familie zurück			
Datum:	2'99	7'99	11'99

Ziel Nr. 2: Erwerb sozialer Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen			
4 = 100% = sucht und findet in neuen Handlungsfeldern (Verein, Schule) Kontakt zu anderen Kindern, baut Freundschaften auf			4
3 = 75% = lässt in neuen Situationen Kontakt zu anderen Kindern zu, nimmt Spielangebote an			
2 = 50% = sucht im vertrauten Rahmen (Kindergarten, Elternhaus) von sich aus Kontakt zu anderen Kindern, lädt sich Kinder zum Spielen ein		2	
1 = 25% = akzeptiert Kontakt zu gleichaltrigen Kindern im vertrauten Rahmen (Kindergarten, häusliches Umfeld) und spielt mit ihnen	1		
0 = Ausgangslage = spielt ausschließlich mit seinem Bruder und dessen Freunden, zieht sich aus Kontakten außerhalb der Familie weitestgehend zurück			
-1 = Verschlechterung = verweigert soziale Kontakte zu den Freunden seines Bruders; völliger Rückzug aus den sozialen Bezügen im Kindergarten			
Datum:	2'99	7'99	11'99

Gesamt- Zielerreichungs- Skala (Gesamtpunkte geteilt durch Anzahl der Ziele)			
4 = 100% =			4
3 = 75% =			
2 = 50% =		2,5	
1 = 25% =	1,5		
0 = Ausgangslage =			
-1 = Verschlechterung =			
Datum:	2'99	7'99	11'99

Beurteilung

Die psychomotorische Entwicklungstherapie hatte bei Silas in einem relativ kurzen Zeitraum von 14 Monaten (insgesamt 43 Kontakte, davon 3 Elterngespräche) deutliche Erfolge gezeigt und die intendierten Therapieziele konnten vollständig erreicht werden. Erfreulicherweise blieben die Effekte nicht allein auf den therapeutischen Rahmen beschränkt, sondern konnten auch auf die anderen Wachstumsfelder übertragen werden. Silas entwickelte auf der Grundlage seiner sehr guten Kompetenzen im motorischen und intellektuellen Bereich Interesse für Sport und technische Konstruktionen (Fischer Technik). Damit eröffnete er sich die Möglichkeit, selbständig seine Freizeit zu gestalten und sich von seinem älteren Bruder zu lösen. Die Mitgliedschaft in einem Sportverein vermittelte ihm nicht nur sportliche Erfolge, sondern zeigte auch, dass er in einem begrenzten Rahmen soziale Kontakte zu Gleichaltrigen aufbauen und pflegen konnte. Es wurde jedoch deutlich, dass er einen durch Aufgaben und damit auch mit Handlungsanweisungen besetzten Kontext (Schule, Verein, Animationsprogramm) benötigte, um im sozialen Leben klar zu kommen. Sollte er soziale Situationen außerhalb dieser Rahmenbedingungen selber gestalten, zog er sich wieder zurück und blieb bevorzugt für sich alleine. Der Erwerb der Kulturtechniken sowie seine verbesserte Handlungsplanung ermöglichten es ihm eigenständig seine Interessen zu verfolgen und nicht ein Mitläufer seines Bruders zu werden. Die ebenfalls erfolgreich durchgeführte Sprachtherapie hatte zudem die sprachlichen Probleme nahezu vollständig beheben können.

Die Gründe für diese relativ schnelle und umfassende Entwicklung von Silas waren neben seinen überragenden Kompetenzen und der therapeutischen Intervention gleichermaßen in der adäquaten Unterstützung durch das Elternhaus zu sehen. Familie V. trug nicht nur die therapeutischen Entscheidungen mit, sondern arbeitete ebenfalls daran, Lösungsmöglichkeiten für z.B. die entwicklungsbedingte Rollenkonfusion innerhalb der Familie zu finden. Darüber hinaus bemühte sie sich, einen Teil der therapeutischen Prinzipien (Reflexion der Ursachenzuschreibung, Nivellierung des Anspruchsniveaus) soweit sich die Gelegenheit bot, auch im Alltag umzusetzen, ohne als Co-Therapeuten tätig zu werden. Eine nicht ganz unbedeutende Relevanz kam aber auch der schulischen Situation zu. Die Auseinandersetzung mit Lerninhalten unterschiedlichster Art und der Erwerb der Kulturtechniken boten Silas aufgrund seiner überdurchschnittlichen Intelligenz ein breites Feld, seine Interessen zu realisieren und sich selbst als wirksam zu erleben. Aufgrund der erworbenen sozialen Kompetenzen stellte der Umgang mit Gleichaltrigen kein Problem mehr dar, so dass Silas die ihm gestellten Entwicklungsaufgaben ohne weitere Schwierigkeiten bewältigen konnte.

und er sich mit viel Selbstvertrauen in seine eigenen Fähigkeiten weiteren Herausforderungen stellen konnte.

Katamnestiche Daten

Anfang 2001 kam Silas zur erneuten EEG-Kontrolle in unsere Einrichtung. Mittlerweile besuchte er die 2. Grundschulklasse mit sehr guten Leistungen. Laut dem Zeugnis des 1. Schuljahres arbeitete Silas sehr selbständig, suchte sich überwiegend schwierige Aufgaben, die er hochkonzentriert bearbeitete. In der Gruppe übernahm er oft die Initiative bei der Bewältigung von Aufgaben und zeigte sich sehr hilfsbereit. Er hatte einen guten Kontakt zu seinen Klassenkameraden und war bei ihnen sehr beliebt. In seiner Freizeit ging er nach wie vor regelmäßig zum Judo und in den Fußballverein, wo er die Position des Torwarts innehatte. Die Eltern waren mit Silas Entwicklung sehr zufrieden, der sich zu einem eigenständigen Jungen gewandelt hatte, der losgelöst von seinem Bruder seine individuellen Interessen verfolgte und durch die sehr guten schulischen Leistungen sehr selbstbewusst geworden war.

12. Rückblick und Ausblick

Das vorliegende therapeutische Konzept zur Behandlung entwicklungsauffälliger und entwicklungsgestörter Kinder setzt neue Akzente für eine angewandte Motologie des Kindesalters. Die Grundlage jeder fundierten Therapiekonzeption bilden ein Entwicklungskonzept, welches die Entstehungsbedingungen und die Zusammenhangsannahmen der kindlichen Wachstums- und Steuerungsprozesse aufzeigt sowie ein Störungskonzept, aus dem sich die Interventionsmaßnahmen ableiten lassen. Die entwicklungstheoriegeleitete Fundierung des Wissenschaftsgebietes der Psychomotorik erfährt mit dem vorliegenden Konzept eine Spezifizierung, indem die Aufmerksamkeit auf die dem Entwicklungsverlauf inhärenten Krisen und Übergänge als *Spiritus Rector* (Triebfeder) der kindlichen Entwicklung überhaupt focussiert wird. Werden die Krisen, welche die Übernahme neuer Rollen wie auch die Erweiterung und Modifikation bestehender Handlungs- und Verhaltensmuster erfordern, als Ausgangspunkt der Entwicklung betrachtet, dann ist das Paradigma von *Entwicklung durch Bewältigung* handlungsleitend und Krise erhält zunächst nur die wertfreie Konnotation von Entscheidung und Veränderung. Krisen stellen damit im Sinne bedeutsamer, über die Alltagserfahrungen hinausgehende Ereignisse eine Herausforderung für das Individuum dar, dadurch dass die vorhandenen Handlungsschemata den Anforderungen nicht mehr genügen und neue Bewältigungsstrategien erarbeitet werden müssen. Nimmt das Kind diese Herausforderung an und kann es mit Hilfe sozialer Stützsysteme neue Fähigkeiten aufbauen, ist eine erfolgreiche, persönlichkeitsstabilisierende Erfahrung die Konsequenz. Kritische Lebensereignisse werden damit Ausgangspunkt für Prozesse des Neuaufbaus und für das weitere Wachstum, d.h. Krisen sind ein integraler und zentraler Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung. Das vorliegende Entwicklungskonzept richtet das Augenmerk auf die kognitiven und psychisch-emotionalen Regulationsprozesse, die eine erfolgreiche Bewältigung von Krisen als Herausforderungen des kindlichen Lebensalltags ermöglichen.

Als zentrale Moderatorvariable dieser Regulationsmechanismen werden die Kontrollüberzeugungen als generalisierte Erwartungshaltungen in Bezug auf die eigene Wirksamkeit herausgearbeitet, die an verschiedenen Bewertungs- und Entscheidungsprozessen im Handlungsverlauf wirksam werden.

Handlungseinschränkungen und damit verbundene Einbrüche im Entwicklungsverlauf sind absehbar, wenn die generalisierten Erwartungshaltungen von mangelnder Wirksamkeit geprägt sind und demzufolge adäquate Bewältigungs- oder Copingstrategien nicht zur Ver-

fügung stehen. Fehlende oder dysfunktionale Kontrollüberzeugungen basieren auf Inkompetenz- und Mißerfolgserfahrungen, die in einem multikausalen Zusammenhangsgefüge begründet sind. Als die grundlegenden Ursachen gelten Handlungseinschränkungen aufgrund neurologischer, körperlicher oder Sinnes-beinträchtigungen, infolge einer dispositionally bedingten oder erlernten Lageorientierung, wegen insuffizienter Kausalattributionen und nicht zuletzt aufgrund ungenügender Vorbereitung und Förderung durch die soziale Umwelt. Die Krise erhält dann den Charakter eines Stressors, der das Kind mit der konkreten Aufgabenbewältigung überfordert und es zu einer Störung der regulären Entwicklung kommt. Störungen des psychischen Gleichgewichts, im Sinne von Wohlbefinden und Selbstakzeptanz, Streß mit Folgen für die Neurobiologie und psychopathologisches Verhalten sowie Fehlentwicklungen sind die möglichen Folgen.

Die Verflechtung ursächlicher Bedingungsfaktoren bei Entwicklungsstörungen im Allgemeinen als auch die Vielfalt der zugrundeliegenden Gründe dysfunktionaler Kontrollüberzeugungen erfordern im klinischen Alltag eine umfassende psychomotorische Diagnostik, die neben den Ergebnissen aus motometrischen und motoskopischen Verfahren schwerpunktmäßig differenzierte Angaben aus der Beobachtung in der Interaktion mit dem Kind bezieht. Als systemisch orientiertes therapeutisches Verfahren erfaßt die Diagnostik darüber hinaus Daten aus dem Explorations- und Anamnesege-spräch mit den Eltern sowie aus den Beurteilungen beteiligter Institutionen. Im Idealfall erfolgt die psychomotorische Diagnostik, wie im Kinderneurologischen Zentrum obligat, neben einer tiefen Differentialdiagnostik aus medizinischer und psychologischer Sicht. Die differenzierte Analyse und Interpretation der vorliegenden Daten bildet die Grundlage für die Planung der therapeutischen Intervention.

Auf der Basis des vorliegenden Entwicklungs- und Störungskonzeptes kann das therapeutische Vorgehen sich nicht allein auf die von einigen Autoren geforderte Entwicklungsförderung beschränken, sondern muss der Dichotomie der psychomotorischen Entwicklungstherapie als einerseits einer Förderung des allgemeinen Entwicklungsverhaltens und andererseits einer Förderung von Bewältigungsstrategien bei Problemverhalten der Komplexität von Phänomenologie und möglichen Ursachen kindlicher Entwicklungsstörungen gerecht werden.

Entwicklungsintervention intendiert, das Individuum zu planvollem Handeln in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen zu befähigen. Das bedeutet, dass der Schwerpunkt der Intervention nicht auf die Verhinderung von Krisen ausgerichtet ist, sondern auf die Erweiterung und Bewußtmachung der Kompetenzen, die den Einzelnen in die

Lage versetzen, mit Krisenereignissen konstruktiv umzugehen und zu einer Kompetenzerweiterung, zu psychischer Stabilität und Zufriedenheit führen.

Die Analyse der Störfaktoren sowie die Schaffung entwicklungsanregender Umgebungsbedingungen, die den Abbau festgefahrener handlungsblockierender Mechanismen und den Aufbau neuer Verhaltensmuster ermöglichen, bedarf gezielter durch den Therapeuten initiiertes Spiel- und Bewegungssituationen.

Erstmalig wird für den Bereich der angewandten Motologie des Kindesalters ein differenziertes Therapiekonzept vorgestellt, das lehr- und lernbare Verhaltensdimensionen des Therapeuten aufzeigt, die eine Übertragung auf andere Bereiche und eine Durchführung durch andere Therapeuten ermöglichen sowie eine Überprüfung der Effektivität erlauben. Grundlegende Prämisse jeglicher Intervention ist die Konstatierung der individuellen Situation des einzelnen Kindes, die eine Neukonstruktion des therapeutischen Vorgehens in jedem Einzelfall erforderlich macht. Die Interaktion zwischen Kind und Therapeut ist durch spezifische therapeutische Regeln und Rahmenbedingungen fixiert, die entwicklungsförderndes, interaktives Handeln erlauben. Die gegenseitige Beziehung zwischen dem Kind und der Therapeutin ist für die Therapie konstituierend und stellt mit ihren Möglichkeiten und Schwierigkeiten den zentralen Wirkfaktor im therapeutischen Setting dar. Dank dieser Verbindung entsteht ein therapeutischer Beziehungsraum, in welchem das Kind, das Eigene seiner Person zur Entfaltung bringen kann, gefördert durch das mit Intuition und Fachwissen verbundene Interesse der therapeutischen Fachkraft an diesem Entfaltungsprozess. Fachwissen und Erfahrung, verbunden mit der Achtung vor der Intuition, Respekt vor der Andersartigkeit des Anderen, eine Übereinkunft über Aufgaben und Modalitäten der gemeinsamen Arbeit und die Reflexion über die Beziehung und über das, was innerhalb dieser geschieht, machen die fachliche Spezifität der therapeutischen Beziehung zur Unterscheidung von anderen, allgemeinen Beziehungen aus.

Der Therapeut agiert als Modell einer antwortgebenden (respondenten) Bindungsperson, die ein aktiver Interaktionspartner ist und sich als Person mit ihren Gefühlen, Gedanken und Wertvorstellungen einbringt.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, das Kind zu selbstgeleiteter Reflexion und zu selbstbestimmtem Handeln zu veranlassen, um so die Selbstheilungskräfte des Kindes durch Spieltätigkeiten zu mobilisieren. Dies bedeutet auch, die Auseinandersetzungsform des Kindes mit Entwicklungsthemen zu akzeptieren, seine besondere Art, Erleben auszudrücken, zu verstehen und ihm dieses Verstehen kindgemäss zu vermitteln.

Diese gezielten therapeutischen Verhaltensdimensionen werden auch als Strategien be-

zeichnet, da sie auf den dem Störungskonzept zugrundeliegenden kausalen Zusammenhängen und Arbeitshypothesen basieren. Für die direkte Arbeit mit dem Kind werden allgemeine Strategien dokumentiert, die mit dem kindzentrierten, responsiven Leitgedanken innerhalb der derzeitigen psychomotorischen Ansätze korrespondieren. Das verstehende, reflektierende und ressourcenbildende Therapeutenverhalten findet in einem strukturierten (geplanten) Handlungsrahmen statt, der sich nicht allein am Förderschwerpunkt ausrichtet, sondern durch den individuellen Entwicklungsstand des Kindes, seine Lebens- und sozio-kulturellen Bedingungen, die situativen Umstände als auch die Interventionsziele und das Störungsbild bestimmt wird.

Eine Erweiterung stellen die spezifischen, am Störungskonzept orientierten Prinzipien dar, die differenziert für die unterschiedlichen entwicklungshemmenden Störgrößen angemessene therapeutische Handlungsstrategien benennen. Neben diesen Beziehungsregeln zur Gestaltung einer entwicklungsfördernden Therapeut-Kind-Beziehung werden als zweiter konzeptioneller Neuansatz Methodenregeln formuliert, die das Verhalten des Therapeuten bei Vorliegen eines spezifischen Problems zur Initiierung des Veränderungsprozesses leiten. Die neukonzipierten Methodenregeln werden anhand der fünf therapeutischen Phasen¹⁵⁷ dargestellt, die in ihrer Abfolge festgelegt und durch spezifische inhaltliche Schwerpunkte und methodische Schritte gekennzeichnet sind. Die Ausführungen zur primären Intention und zum methodischen Vorgehen der einzelnen Phasen als auch die Beschreibung der beobachtbaren kindlichen Verhaltensweisen, die Entwicklungsfortschritte bzw. Übergänge kennzeichnen, machen das gezielte therapeutische Procedere transparent und ermöglichen einen Transfer auf andere (klinische) Arbeitsbereiche.

Die konzeptionelle Ausarbeitung der Beziehungs- und Methodenregeln bezieht sich auf die systematische Kompetenzerweiterung und Unterstützung entwicklungsfördernder Regulationsmechanismen beim Kind selbst. Als eine auf entwicklungsökologischen Gesichtspunkten basierende Intervention intendiert das vorliegende Konzept aber in gleichem Maße die Beeinflussung der beteiligten Mikrosysteme hin zu Akzeptanz, Ressourcenaktivierung und Schaffung angemessener Lebens- und Lernbedingungen für das einzelne Kind. Die Umsetzung und Realisierung einer entwicklungsfördernden Vernetzung auf der Mesoebene wird in Form einer differenzierten Darstellung der Formen und Möglichkeiten aber auch der Grenzen der Elternarbeit aufgezeigt. Als einen in der psychomotorischen Fachliteratur bislang wenig beachteten Aspekt wird zudem die Rolle der Geschwister innerhalb des Be-

¹⁵⁷ Eine tabellarische Übersicht über die zentralen Inhalte, die methodische Gestaltung und die spezifischen Aufgaben des Therapeuten in den einzelnen Phasen befindet sich im Anhang

dingungsgefüges auffälligen Verhaltens und problematischer familiärer Konstellationen aufgezeigt und die sinnvolle Einbeziehung der Geschwister in den therapeutischen Prozess beispielhaft beschrieben. Die explizite Darstellung der Formen und inhaltlichen Gestaltung einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit den pädagogischen Fachkräften des Kindergartens als einem wesentlichen Wachstumsfeld des Kindes runden das Konzept einer systemisch orientierten Entwicklungstherapie ab.

Die vier Kasuistiken veranschaulichen exemplarisch die Umsetzung der entwickelten therapeutischen Beziehungs- und Methodenregeln auf das praktische Anwendungsfeld der klinischen Arbeit mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern. Als Resümee bleibt festzuhalten, dass die Fallbeispiele den Sinn und die Valenz der angewandten therapeutischen Strategien widerspiegeln, da es in allen Fällen gelungen ist, die starren Verhaltensmuster der Kinder zu durchbrechen und Wirksamkeitserfahrungen zu vermitteln. Auf der Basis erfolgreich erlebter Aufgabenbewältigung und selbstwertstützender Kausalattribution entwickelten die Kinder positive Kontrollüberzeugungen, die es ihnen ermöglichten, neue Handlungsmöglichkeiten zu erproben. Der geleistete Transfer generalisierter Kausalkognitionen auf die Lebensbereiche außerhalb des therapeutischen Settings liegt in der Spezifität der psychomotorischen Entwicklungstherapie begründet. In dieser Therapieform können Kinder Zuschreibungsänderungen in für sie höchst relevanten Kontexten und Handlungsfeldern (Spiel) vornehmen, die ihrer alltäglichen Lebenswelt und den täglichen Anforderungen sehr nahe kommen und damit die Übertragung in ihre Alltagswirklichkeit erleichtern.

Alle vier Jungen wurden mit zum Teil unterschiedlichen Fragestellungen vorgestellt und hatten in Bezug auf ihre individuelle Lebensgeschichte sehr verschiedene Voraussetzungen. Daraus mag unter dem Aspekt der Evaluierung therapeutischer Maßnahmen die Frage entstehen, inwieweit es sich um eine homogene Gruppe von Indexpatienten handelt, die sich einer spezifischen therapeutischen Maßnahme unterziehen. Als gemeinsamer Auslöser devianten Verhaltens der umschriebenen Probleme wurden dysfunktionale Kontrollüberzeugungen angenommen, die -wie auch im Entwicklungskonzept dargestellt- in jedem Einzelfall unterschiedlichen Entstehungsbedingungen unterliegen und an verschiedenen Entscheidungs- und Bewertungsprozessen im Handlungsverlauf wirksam werden. Leider sind die zur Verfügung stehenden diagnostischen Verfahren zur Erfassung (dysfunktionaler) Kontrollüberzeugungen im Vorschulalter nur äußerst begrenzt vorhanden, in ihren Grundlagen nicht dem aktuellen Forschungsstand angemessen und können nur als richtungsweisend aber nicht testtheoretisch fundiert angesehen werden. Infolgedessen dienen

die Ergebnisse des FIEK lediglich als Orientierung, während der Versuch, die umschriebenen Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter in den vertretenen Begründungszusammenhang zu stellen vorrangig auf empirischen Ergebnissen der Motivations- und Volitionsforschung im Erwachsenenalter basiert. Eine empirische Bestätigung des vorliegenden Konstrukts für das Vorschulalter, das in der Praxis seine Bestätigung gefunden hat, müsste in weiterführenden wissenschaftlichen Arbeiten geleistet werden. Bis dahin bleibt dem Praktiker lediglich die Möglichkeit die Kinder in Form eines Screenings zu erfassen und durch gezielte Beobachtungen die kognitiven und psychisch-emotionalen Regulationsmechanismen zu analysieren, die eine selbstwertschützende und zufriedenstellende Umweltbewältigung des Kindes beeinträchtigen. Bezogen auf die Kasuistiken wiesen die Kinder vergleichbare Verhaltensmuster in den Handlungsbereichen auf, die für das Vorschulalter grundlegende Entwicklungsaufgaben beinhalteten und deren Bewältigung eine angemessene und persönlichkeitsstabilisierende Identitätsbildung realisieren.

- ◆ Die Probleme wurden in den Umgebungsbedingungen (dem Kindergarten) deutlich, die "externe Anforderungen" an die Kinder stellten und von ihnen eine Modifikation ihrer Handlungs- und Bewältigungsstrategien forderten.
- ◆ Soziale Kontakte mit Gleichaltrigen, die das Selbsterleben, die Wahrnehmung der Wünsche und Bedürfnisse anderer sowie soziale Konfliktbewältigung erfordern, wurden abgelehnt.
- ◆ Problemlösende Aufgaben wurden vermieden und eine ausgeprägte Persistenz bei routinemäßigen Abläufen und Spielformen deutlich.
- ◆ Alle Kinder hatten im motorischen und/oder sprachlichen Bereich Schwierigkeiten, obgleich das Ausmaß der Probleme nicht mit der Ausprägung des auffälligen Verhaltens korrelierte.

Auf phänomenologischer Seite prominierten massive Rückzugs- und Verweigerungstendenzen, die sich primär auf den außerfamiliären Rahmen bezogen, unter Berücksichtigung elterlicher Nachsicht und Unterstützung aber auch im familiären Rahmen auftraten. Obgleich alle vier Kinder ein vergleichbares Störungsbild aufwiesen, waren die Ergebnisse der therapeutischen Intervention sehr unterschiedlich und bestärken damit einerseits die im Störungskonzept angenommene Multikausalität dysfunktionaler Kontrollüberzeugungen, die damit in sehr unterschiedlichem Maße der Beeinflussbarkeit unterliegen. Andererseits verdeutlichen alle vier Beispiele in höchst anschaulicher Weise die von BRONFENBRENNER oder PETERANDER geforderte Notwendigkeit einer Vernetzung auf der Me-

soebene. Das therapeutische Arbeiten mit dem Kind hat nur dann einen generalisierenden Effekt, wenn alle beteiligten Mikrosysteme an einem Strang ziehen, das Kind in seiner Einzigartigkeit zu akzeptieren, stützende Ressourcen zu aktivieren und dem individuellen Entwicklungsstand angemessene Lern- und Lebensbedingungen zu schaffen.

Für die praktische Arbeit wie für die Ausbildung der zukünftigen Motologen lassen sich daraus folgende Konsequenzen ableiten. Die eingangs geforderte Betrachtung jeder Therapie als Neukonstruktion des Einzelfalls macht bei aller Gemeinsamkeit des Erscheinungsbildes eine differenzierte diagnostische Arbeit erforderlich, die neben dem Erwerb test-theoretischer, motometrischer Kenntnisse das Wissen um systemische Zusammenhänge und pathologisierende Einflussgrößen in den Vordergrund rückt. Die gezielte Verhaltens- und Bewegungsbeobachtung ist als diagnostisches Instrument zur Erfassung interaktionaler Bezüge ebenso relevant wie als Informationsquelle für die adäquate Gestaltung der Angebotsstruktur des therapeutischen Handlungsrahmens. Die Reflexion des eigenen therapeutischen Verhaltens als auch die Evaluation derartiger Verfahren erfordern den sicheren Umgang mit Dokumentationssystemen, die für unseren Bereich bislang nur für Teilaspekte vorliegen. Die dargestellte Datenstruktur mag einen ersten Weg aufzeigen, therapeutisch verantwortlich, evaluativ und zugleich reflexiv seine Arbeit zu dokumentieren. Nicht zuletzt unter dem Aspekt die vielfach respektierte und akzeptierte therapeutische Methode der psychomotorischen Entwicklungstherapie langfristig im Kanon anerkannter und finanzierter Therapien etablieren zu können. Mag der Weg dorthin noch steinig sein, so bleibt die Hoffnung, dass Levin, Andreas, Norbert, Silas und all die anderen Kinder, deren Entwicklungsprozess ich begleiten und stärken durfte, eine glückliche und sie wertschätzende Zukunft vor sich haben. Vielleicht hat auch die begleitende Fachberatung in den Kindergärten dahingehend einen Effekt, dass das Wissen der pädagogischen Fachkräfte um Zusammenhänge und Lösungsansätze eine Vielzahl der von Entwicklungsstörungen bedrohter Kinder auffangen kann.

Anhang

I.	Elternbroschüre Psychomotorische Entwicklungstherapie im Kinderneurologischen Zentrum Düsseldorf	391
II.	Klinische Beobachtungen	394
III.	Fragebogen zur Erfassung internaler und externaler Kontrollüberzeugungen	397
IV.	Anschreiben an die Eltern	399
V.	Leitfaden zum Elterngespräch	400
VI.	Anschreiben/Fragebogen an beteiligte Institutionen	403
VII.	Motologischer Befund	405
VIII.	Stundenprotokoll	410
IX.	Therapeutischer Verlaufsbefund	411
X.	Anregungen zur Selbstreflexion des Therapeutenverhaltens	413
XI.	Phasen der psychomotorischen Entwicklungstherapie	415

Psychomotorische Entwicklungstherapie im Kinderneurologischen Zentrum Düsseldorf

Liebe Eltern,

sie haben sich in Absprache mit ihrer Therapeutin Frau _____ entschlossen, für ihr Kind eine psychomotorische Entwicklungstherapie wahrzunehmen.

Zu ihrer Information überreichen wir ihnen diese kleine Broschüre, in der sie die wichtigsten Grundlagen dieser Therapie und die Rahmenbedingungen für die Dauer der Behandlung finden.

Sollten sie darüber hinaus Fragen haben, wenden sie sich bitte an die zuständige Therapeutin.

Ansatz der psychomotorischen Entwicklungstherapie:

Die psychomotorische Entwicklungstherapie ist eine bewegungsorientierte Methode zur Behandlung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen

- ◆ in der Grob- und Feinmotorik
- ◆ in der Körperwahrnehmung
- ◆ in der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt (Handlungskompetenz)
- ◆ im Lernverhalten
- ◆ im Sozialverhalten (Interaktions- und Kommunikationsprobleme, Aggressivität, Verweigerung).

Im Rahmen der psychomotorischen Entwicklungstherapie wird versucht durch gezielte erlebnis- und konfliktzentrierte Spiel- und Bewegungssituationen die Handlungskompetenz im Bereich der Körper-, Material- und Sozialerfahrung zu erweitern. Im Vordergrund stehen Spiel- und Bewegungsangebote, in denen das Kind die für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben notwendigen Kompetenzen ausbilden kann. Die Förderung orientiert sich an den Sinnthemen, den individuellen Stärken und dem Entwicklungsstand des Kindes. In Abhängigkeit von der individuellen Zielsetzung wird die Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt.

Diagnostik:

Zu Beginn der Fördermaßnahme steht eine differenzierte Diagnostik im psychomotorischen Bereich. In Abhängigkeit von der Fragestellung mit der sie zu uns gekommen sind bzw. den Problemen ihres Kindes werden wir folgende Verfahren einsetzen:

- ◆ Verhaltens- und Bewegungsbeobachtung in freien Spiel- und Bewegungssituationen
- ◆ Bewegungsbeobachtung auf dem Trampolin
- ◆ Testverfahren zur Überprüfung der koordinativen Leistungen im Gesamtkörperbereich (Körperkoordinationstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 12 Jahren; Motoriktest für 4 bis 6 jährige Kinder) sowie
- ◆ Testverfahren zur Überprüfung der handmotorischen Leistungen (Punktiertest für Kinder)

Begleitende Elternarbeit:

Während der Therapie haben sie nach vorheriger Absprache mit uns jederzeit die Möglichkeit, durch eine Einwegscheibe die therapeutische Arbeit mit ihrem Kind zu beobachten. Im Anschluss an die Stunden bleibt meist kurz Zeit, um wichtige Informationen auszutauschen. Für längere, intensivere Gespräche über konkrete Fragen, Veränderungen oder Verläufe bieten wir Ihnen ca. alle 6 Monate Gesprächstermine an. Sollten sie zu einem früheren Zeitpunkt ein Gespräch wünschen, sprechen sie uns bitte direkt an.

Beratung beteiligter Institutionen:

Die Beratung und Zusammenarbeit mit allen Bezugspersonen des Kindes gehören zum unverzichtbaren Bestandteil der therapeutischen Behandlung. Dieser Arbeitsschwerpunkt umfasst in Absprache mit ihnen die Hospitation im Kindergarten, in der Schule sowie Beratungsgespräche mit den beteiligten pädagogischen und therapeutischen Fachkräften.

Dauer:

Die Therapiestunde dauert für Einzel- und Gruppenförderung 45 Minuten und findet in der Regel ein Mal wöchentlich in der Ambulanz des Kinderneurologischen Zentrums statt. Wir bitten um pünktliches Erscheinen.

In der Regel erhalten sie einen feststehenden Therapietermin. Ausfälle werden ihnen von unserer Seite aus rechtzeitig mitgeteilt. Ebenso bitten wir sie, Termine die sie nicht wahrnehmen können rechtzeitig abzusagen. Aufgrund unserer langen Wartelisten müssen wir

bei zweimalig unentschuldigtem Fehlen den Therapieplatz anderweitig vergeben.

Woran Sie noch denken müssen:

Bitte bringen sie für ihr Kind bequeme Sportkleidung und Turnschlappchen mit. Da die Kinder sich in den Therapiestunden viel bewegen, geben sie ihnen bitte auch etwas zu trinken mit.

Kontrolltermine:

In regelmäßigen Abständen (ca. alle 12 Monate) wird ihr Kind dem im Kinderneurologischen Zentrum zuständigen Kinderarzt wieder vorgestellt, um einen Überblick über den Verlauf der Therapie zu erhalten und um ihrem zuweisenden Kinderarzt vor Ort eine Rückmeldung über den Verlauf zu geben und unter Umständen die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Therapie vorzuschlagen.

Kosten:

Die Kosten für die Therapie in unserem Hause werden von der Krankenkasse übernommen. Dafür legen sie bitte zu Beginn jedes Quartals (1. Januar/1. April/1. Juli/1. Oktober) in der Anmeldung einen Überweisungsschein ihres Kinderarztes vor.

Klinische Beobachtungen

Beobachtungssituation

Verschiedene Aufgabenstellungen z. B. Klopfen mit der Handinnen-/ Handaußenfläche auf den Tisch

Beobachtung in freien Spielsituationen

Simultane Aufmerksamkeit für verschiedene Prozessabläufe

Hüpfen nach einem bestimmten Rhythmus

Aus einer Reihe von sechs neben einander liegenden Klötzchen sollen die Nummern 1-3-4-6 fortlaufend angetippt werden; zunächst in einer Ablaufausrichtung (von rechts nach links) in einem zweiten Übungsprozess die umgekehrte Richtung also 6-4-3-1 danach soll das Muster abwechselnd vor- und rückwärts durchgeführt werden 1-3-4-6-6-4-3-1

Beobachtungskriterien

Erfassung der Aufgabenstellung erfolgt nicht bis zum Ende, weil das Kind durch Außenreize abgelenkt wird oder durch assoziative Gedanken in ein anderes Handlungsprogramm rutscht. Es treten auch bei geringen Außenreizen Orientierungsreaktionen mit Unterbrechungen des laufenden Programms und Hinwendung zur Reizquelle auf. Bereits laufende Programme (Klopfen) rutschen in programmfremde Eigenaktivitäten (anderes Sing- und Klopfspiel) ab
> Hinweis auf *Filterschwäche*

Das Kind unterbricht sein Handlungsprogramm immer wieder auf den gleichen Reiz hin z.B. Schuhklappen auf dem Flur
> Hinweis auf *Störungen in den Gedächtnisfunktionen*

Das Kind unterbricht Handlungsprogramm, döst, nestelt, schaut in der Gegend herum, findet aber wieder zur Aufgabenstellung zurück
> Abgrenzung zur Filterschwäche, Hinweis auf *kurzperiodische Schwankungen*

Hüpfen ist möglich und Rhythmusklopfen ist möglich, aber nicht beides zusammen
> Hinweis auf *Störung in der simultanen Beachtung zweier Funktions- bzw. Regelebenen*

Kind tippt das Anfangsklötzchen schon beim Beginn 2x an, oder im weiteren Verlauf schließt sich dieses doppelte Anschlagen zu einer verkürzten rhythmischen Detaileinheit zusammen
> Hinweis auf *Probleme in der simultanen Beachtung von Ordnungsstrukturen und Details*; hier: Unsicherheit in der Ordnungsstruktur

Kann das Kind richtig von vorwärts und rückwärts umschalten, verwechselt aber die Klötzchen oder schlägt auch eins der mittleren doppelt an

Gleichzeitige Ausführung von zwei Handlungen z.B. Anziehen und Sprechen

-> Hinweis auf *Probleme in der simultanen Beachtung von Details und Ordnungsstrukturen*; hier: Unsicherheit in den Details

Kind kann nur eine Tätigkeit ausführen, entweder Sprechen oder Anziehen; Kind ist schwer aus seinem laufenden Handlungsprogramm herauszuholen bzw. kann neue Anweisungen nicht in das laufende Programm einfließen lassen

-> Hinweis auf *Störung in der Integration von Aufnahme- und Handlungsprozessen*

Imitation von Fingerstellungen/ Mundbewegungen

z.B. Unterkiefer zu Seite
Backen aufblasen, Stirn kraus, Zunge in den Mundwinkel

Kann das Kind die Bewegungen trotz vorhandener Beweglichkeit und Vorstellung von der Bewegung nicht ausführen -> Verdacht auf *ideomotorische Dyspraxie*

Handhabung von Gegenständen gestisch ausführen

Bildliche Vorlage von Alltagsgegenständen (Zahnbürste, Telefon etc.)

Hat das Kind keine oder nur eine unzureichende, in der Reihenfolge falsche Vorstellung von der auszuführenden Tätigkeit

-> Verdacht auf *ideatorische Dyspraxie*

Nachlegen von Formen aus Vierecken

■ ■ ■ ■ ab 2 - 2;6 J.

■ ■
■ ■ ab 2;9 - 3;6 J.

■ ■
■ ■ ■ ab 3;9 - 4 J.

■ ■
■
■ ■ ab 4;6 J.

Kann das Kind die Form nicht oder nicht in der richtigen Anordnung nachbauen

-> Verdacht auf *konstruktive Dyspraxie*

(Abklärung: Ausschluss visueller Perzeptionsstörung)

Monotone Wiederholung einzelner Bewegungsmuster

Tapping mit einem Finger (ab 5 J.)
Daumen und Zeigefinger fortlaufend schnell zusammentippen (ab 6 J.)

Kommt es zu einschließenden Bewegungen, Mitbewegungen oder Verlangsamung bis zum Zerfall der Bewegung

Hüpfen mit geschlossenen Beinen
auf einer Stelle (ab 5 J.)

-> Verdacht auf *Störung in der sequentiellen Abfolge monotoner Wiederholungen* eines Bewegungsmusters

Alternierender Wechsel von zwei Bewegungsmustern

Fortlaufendes Hand-Schließen/
Hand-Öffnen (ab 6 J.)

Verändert sich die wechselnde Abfolge der beiden Muster, indem Elemente verkürzt oder verdoppelt werden

Fortlaufendes Zusammentippen
von Daumen-Zeigefinger, dann
Daumen-Mittelfinger

> Verdacht auf *Störung in der Bildung alternierender Bewegungsfolgen*

Beim Hüpfen die Beine fort-
laufend grätschen und zusammen-
stellen (ab 5 J.)

Ausführung alternierender Silben
be-ba-be-ba

Zusammenschluss von mindestens drei Mustern zu einer Sequenz

Fortlaufendes Hand-Schließen/Hand-
Öffnen/Hand-Drehen (ab 7 J.)

Werden die Elemente nicht zu einer Abrufeinheit zusammengefaßt, sondern einzeln abgerufen und kommt es zu Unsicherheiten und Fehlern in der Reihenfolge

Fortlaufendes Antippen des
Daumens mit allen Fingerkuppen
in bestimmter Reihenfolge
2/3/4/5 (ab 6 J.)
2/3/5/4 (ab 7 J.)

> Verdacht auf *Störungen im Reihenfolgegedächtnis und in der Automatisierung*

Grätschsprung/Schrittsprung/
Schlusssprung im Wechsel
(ab 7-8 J.)

Ball fortlaufend prellen mit
der rechten/linken/beiden
Händen (7-8 J.)

Dauerausführung von 3 Einheiten
be-ba-bu-be-ba-bu

Zusammenstellung der Aufgaben und Kriterien aus:

Schriftliche Aufzeichnungen aus Seminar bei J. GRAICHEN 1992, HEUER, B. 1983, 1984, TELLE-
GEN/WINKEL 1996

Fragebogen zur Erfassung internaler und externaler Kontrollüberzeugungen
nach KARMANN/SEIDENSTÜCKER 1979

1. Wenn Du mit Bauklötzen einen Turm gebaut hast, und er fällt zusammen, ist das passiert,
 - a) weil Du die Klötze schlecht aufeinandergelegt hast oder
 - b) weil jemand an den Turm gestoßen ist?
2. Wenn Dich die Kindergärtnerin etwas fragt, und Du weißt es, weißt Du es dann,
 - a) weil Du Dir alles gut merken kannst oder
 - b) weil die Frage besonders leicht war?
3. Wenn Du ein Loch in der Hose hast, hast Du es dann,
 - a) weil der Stoff der Hose schlecht war oder
 - b) weil Du Deine Hose kaputt gemacht hast?
4. Bist Du manchmal fröhlich? Lachst Du da oder weinst Du da?
Wenn Du fröhlich bist, bist Du fröhlich,
 - a) weil jemand nett zu Dir war (z.B. mit Dir gespielt hat, Dir etwas gebastelt hat) oder
 - b) weil Du etwas Lustiges gemacht hast (z.B. Bilderbuch angeschaut, Kasperle-Theater gespielt)?
5. Wenn Dir eine Geschichte erzählt wird, und Du kannst Dich nicht mehr an sie erinnern, erinnerst Du Dich dann nicht mehr,
 - a) weil Du nicht aufgepaßt hast oder
 - b) weil es eine blöde Geschichte war?
6. Stell Dir vor, Du bekommst von Deiner Mutter Bonbons. Wenn Dir jetzt Deine Mutter Bonbons gibt, tut sie es,
 - a) weil die Mutter halt gerade Bonbons hat oder
 - b) weil Du brav bist und Bonbons verdient hast?
7. Wenn Du eins von Deinen Spielsachen nicht finden kannst, findest Du es nicht
 - a) weil es Dir einer weggenommen hat oder
 - b) weil Du es verschlampt hast?
8. Wenn Du hinfällst, bist Du hingefallen,
 - a) weil Dir etwas (z.B. Stein, Ast) im Weg gelegen ist oder
 - b) weil Du nicht aufgepaßt hast?
9. Wenn ein Junge (Mädchen) zu Dir sagt, dass Du dumm bist, sagt er (es) das dann,
 - a) weil Du was falsch gemacht hast oder
 - b) weil der Junge (das Mädchen) böse auf Dich ist?
10. Wenn Dir jemand etwas schenkt, bekommst Du es,
 - a) weil Du ein lieber Junge (Mädchen) bist oder
 - b) weil derjenige Dir halt etwas schenken möchte?
11. Wenn Du ein Bild malst, ohne dass Dein Farbstift abbricht, bricht er dann nicht,
 - a) weil es ein guter Farbstift ist oder
 - b) weil Du sehr vorsichtig warst?

12. Warst Du schon mal traurig? Lacht man da oder weint man da? Wenn Du traurig bist, bist Du dann traurig,
 - a) weil jemand nicht nett zu Dir war (z.B. Dich gehauen hat) oder
 - b) weil Du etwas angestellt hast, was Dir nachher leid tut?
13. Wenn jemand zu Dir sagt, dass Du brav bist, sagt er es dann,
 - a) weil Du wirklich brav bist oder
 - b) weil er einfach nett zu Dir ist?
14. Wenn Du bei einem Spiel verlierst, verlierst Du dann,
 - a) weil Du schlecht gespielt hast oder
 - b) weil das Spiel schwer war?
15. Wenn Dich Deine Mutter schimpft, schimpft sie Dich dann,
 - a) weil Deine Mutter schlecht aufgelegt (grantig) ist oder
 - b) weil Du nicht brav gewesen bist?
16. Wenn Dich ein anderer Junge (Mädchen) lobt, lobt er (es) Dich,
 - a) weil der Junge (das Mädchen) Dich mag oder
 - b) weil Du einen guten Einfall gehabt hast?
17. Kennst Du ein Puzzle-Spiel? Wenn Du ein Puzzle-Spiel schnell zusammenlegst, legst Du es schnell zusammen,
 - a) weil Du gleich weißt, wo die einzelnen Teile hingehören oder
 - b) weil das Puzzle leicht ist?
18. Wenn Du etwas im Kindergarten nicht verstanden hast, verstehst Du es nicht,
 - a) weil Du nicht gut aufgepaßt hast oder
 - b) weil die Kindergärtnerin es schlecht erklärt hat?
19. Stell Dir vor, Du wirst von einem Kind zu seiner Geburtstagsfeier eingeladen. Wenn Du zu dieser Geburtstagsfeier eingeladen wirst, wirst Du dann eingeladen,
 - a) weil Du lieb zu diesem Kind gewesen bist oder
 - b) weil Du halt in der Nachbarschaft wohnst?
20. Wenn Du ein Bild malst, und Dein Farbstift bricht ab, bricht er dann ab,
 - a) weil es ein schlechter Farbstift ist oder
 - b) weil Du zu fest draufgedrückt hast?
21. Wenn Du einen Turm besonders schön gebaut hast, ist Dir das gelungen,
 - a) weil Dir jemand geholfen hat oder
 - b) weil Du Dich angestrengt hast?
22. Wenn Du einem Freund (einer Freundin) zeigst, wie man ein Spiel macht, und er (sie) versteht es, versteht er (sie) es dann,
 - a) weil Du es so gut erklärt hast oder
 - b) weil er (sie) schlau ist?

Krankenhaus Gerresheim**KINDERNEUROLOGISCHES ZENTRUM****Ambulanz und Klinik für Kinderneurologie
und Phoniatrie/Pädaudiologie**

Chefarzt: Prof. Dr. G. Gross-Selbeck

Kinderneurologie

Prof. Dr. G. Gross-Selbeck ☎ 0211-2800 3555

Fax 960

email: gselbeck@uni-duesseldorf.de

Phoniatrie/Pädaudiologie

Frau Dr. D. Bernemann ☎ 0211-2800 3577

Fax 964

Datum und Zeichen Ihres Schreibens

Mein Zeichen

Datum

Sehr geehrte Eltern,

Sie hatten uns am Ihr Kind.....
zur Untersuchung angemeldet.

Um einen besseren Überblick zu erhalten, welche Untersuchungen bei Ihrem Kind notwendig sind, möchten wir Sie bitten, den anliegenden Fragebogen auszufüllen und insbesondere alle Adressen von Kliniken, Therapeuten, Beratungsstellen usw. vollständig **(-Name, bzw. Name der Einrichtung, Straße, Hausnummer und Postleitzahl -)** anzugeben und an uns zurückzusenden. Bei **fehlenden** oder **unvollständigen** Angaben kann Ihr Fragebogen leider von uns erst einmal nicht bearbeitet werden. Es ist dann mit erheblichen Verzögerungen bis zum Vorstellungstermin zu rechnen.

Sobald Fragebogen und Berichte dann vorliegen, sind wir in der Lage, Untersuchungsgang und eine evtl. notwendige Behandlung zu planen.

Sie würden uns sehr helfen, wenn Sie uns bereits vorhandene Berichte über frühere Untersuchungen, z.B. auch von Beratungsstellen, Schulpsychologischem Dienst usw. oder Krankenhausaufenthalten, mitschicken. Wenden Sie sich deshalb an Ihren Hausarzt. Bringen Sie bitte Vorsorgeheft, Mütterpaß, Schulhefte, Zeugnisse etc. mit.

Mit freundlichen Grüßen

Leitfaden zum Elterngespräch

1. *Einleitende Fragen*

- ◆ Vorstellungsgrund
- ◆ Welches sind die Hauptschwierigkeiten des Kindes
- ◆ Wo zeigen sich die Schwierigkeiten besonders
- ◆ Haben Sie wegen dieser Probleme schon anderweitig etwas unternommen
- ◆ Wo hat das Kind seine Stärken

2. *Familie*

- ◆ Leben die Eltern zusammen (Eineltern-/Zweieltern-/Stieffamilie)
- ◆ Wieviele ältere/jüngere Geschwister hat das Kind
- ◆ Wie ist das Verhältnis der Kinder untereinander
- ◆ Wie unterscheiden sich die Kinder (Rollen)
- ◆ Wie sind die Wohnverhältnisse/Erfahrungsbedingungen

3. *Erziehungsstil*

- ◆ Ärgern Sie bestimmte Verhaltensweisen des Kindes
- ◆ Welche Verhaltensweisen sehen Sie gerne
- ◆ Was halten Sie für belohnenswert; wie belohnen Sie
- ◆ Wie fördern Sie die Selbständigkeit des Kindes; welche selbständigen Handlungen erwarten Sie
- ◆ Wie reagieren Sie auf Erfolge/Mißerfolge des Kindes

4. *Kind*

- ◆ Gab es Besonderheiten in der Bewegungsentwicklung; Meilensteine
- ◆ Wie würden Sie die motorische Aktivität des Kindes beschreiben
- ◆ Welche Aktivitäten bevorzugt das Kind im Haus, auf dem Spielplatz, im Kindergarten, in der Schule
- ◆ Welche Aktivitäten vermeidet das Kind im Haus, auf dem Spielplatz, im Kindergarten, in der Schule
- ◆ Welche Eigenschaftsworte beschreiben am besten die Bewegungen des Kindes (tolpatschig/geschickt/..)

- ◆ Ist das Kind eher mutig/waghalsig oder ängstlich
- ◆ Kann das Kind Gefahren/Risiken einschätzen

5. *Psychomotorik*

- ◆ Wie ist die emotionale Grundstimmung des Kindes (ausgeglichen/stimmungswechselnd)
- ◆ Gibt es Bereiche, in denen Sie das Verhalten des Kindes auffällig finden
- ◆ Wie bringt das Kind Gefühle (Freude/Trauer/Wut) zum Ausdruck
- ◆ In welchen Situationen verhält sich das Kind aktiv/zurückhaltend/aggressiv
- ◆ Wie reagieren Sie darauf
- ◆ Kann das Kind seine Fähigkeiten richtig einschätzen
- ◆ Ist das Kind ehrgeizig/motiviert
- ◆ Wie verhält sich das Kind wenn Sie es loben/tadeln
- ◆ Ist das Kind selbstbewusst oder schnell verunsichert

6. *Sozialverhalten*

- ◆ Beschäftigt sich das Kind lieber alleine oder mit anderen Kindern
- ◆ Hat das Kind Freunde; sind sie jünger/älter/gleichaltrig
- ◆ Welche Rolle hat das Kind in Gruppen (Anführer/Clown/Mitläufer)
- ◆ Nimmt das Kind schnell Kontakt auf; wie nimmt es Kontakt auf
- ◆ Wie reagiert das Kind auf neue Situationen/Veränderungen
- ◆ Wie kommt das Kind im Kindergarten/in der Schule klar
- ◆ Wie schnell findet/fand es sich dort ein; geht es gerne/ungern, warum
- ◆ Wie reagiert das Kind auf Anforderungen von Ihnen/Lehrern/Erziehern

7. ***Spielverhalten***

- ◆ Was spielt das Kind am liebsten
- ◆ Entwickelt es selber Spielideen oder braucht es ständig Anleitung/
Anregungen
- ◆ Variiert das Kind seine Spielideen
- ◆ Spielt das Kind Rollenspiele; welche Rollen bevorzugt das Kind
- ◆ Kann sich das Kind längere Zeit mit einer Sache beschäftigen
- ◆ Wie reagiert das Kind, wenn ihm etwas nicht gelingt
- ◆ Kann das Kind Regelspiele spielen, Regeln aufstellen/einhalten
- ◆ Sucht/vermeidet das Kind Leistungssituationen, Wettkampfspiele

Krankenhaus Gerresheim

KINDERNEUROLOGISCHES ZENTRUM
Ambulanz und Klinik für Kinderneurologie
und Phoniatrie/Pädaudiologie
 Chefarzt: Prof. Dr. G. Gross-Selbeck

Kinderneurologie

Prof. Dr. G. Gross-Selbeck ☎ 0211-2800 3555

Fax 960

email: gselbeck@uni-duesseldorf.de

Phoniatrie/Pädaudiologie

Frau Dr. D. Bernemann ☎ 0211-2800 3577

Fax 964

Datum und Zeichen Ihres Schreibens

Mein Zeichen

Datum

Sehr geehrte (r) Frau / Herr,

wir haben erfahren, dass das Kind _____
 in Ihrer Einrichtung untersucht bzw. betreut wird / worden ist.

Uns liegt eine Anmeldung zur Untersuchung im Kinderneurologischen Zentrum vor.

Um eine möglichst umfassende Einschätzung der Problemlage vornehmen zu können, benötigen wir noch zusätzliche Informationen von Ihnen. Wir möchten Sie deshalb bitten, auf folgende Punkte einzugehen.

Eine schriftliche Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten liegt uns vor.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Kratzsch (Oberarzt)

1.) Wann und mit welcher Fragestellung wurde das Kind in Ihrer Einrichtung vorgestellt ?

2.) Sofern die Empfehlung zur Untersuchung bei uns von Ihnen ausgegangen ist, bitten wir um konkrete Fragestellung:

3.) Untersuchungsergebnisse bzw. Befunde (Kurzbericht mit Testdatum und numerischen Resultaten, einschließlich Subtests).

4.) Art, Verlauf und Dauer der Betreuung:

5.) Sonstige Bemerkungen:

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Telefonisch erreichbar:

Datum:

Astrid Krus

Dipl.-Motologin

Datum:

Motologischer Befund

Name:

Geburtsdatum:

Alter:

Diagnostische Termine:

Vorstellungsgrund:

Fragestellung:

Angewandte diagnostische
Verfahren:

Durchführung der
Untersuchung:

Name:

Ergebnisse:

Beobachtung in freien Spiel- und Bewegungssituationen

Motorik/Wahrnehmung:

Spiel:

Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich:

Intellektuelle Fähigkeiten:

Sozialverhalten:

Name:

Klinische Beobachtungen:

Imitation von Bewegungsabläufen:

Tastlokalisation:

Nachlegen von Formen:

Nachklopfen von Rhythmen:

Monotone Wiederholung einzelner Bewegungsmuster:

Alternierender Wechsel von zwei Bewegungsmustern:

Zusammenschluss von mindestens drei Mustern zu einer Sequenz:

Name:

Motometrische/motoskopische Verfahren

Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)

RB: SH:
MÜ: SU:
MQ:
Beobachtung:

Motoriktest für 4-6 Jährige (MOT)

PR: MQ:
Beobachtung:

Trampolinscreeningtest (TST)

Beobachtung:

Präferenzdominanztest (PDT)

Wert:

Punktiertest für Kinder (PDT)

MQ re Hand: MQ li Hand:
Gesamt MQ:
Beobachtung:

Leistungsdominanztest (LDT)

DI

Graphomotorisches Komplexbild:

Beobachtung:

Name:

Diagnose:

Procedere/Förderschwerpunkte:

Astrid Krus

Dipl.-Motologin

Stundenprotokoll

Name:		Stunde vom:
Alter:		
Raum:	Erstkontakt/Beobachtung/Diagnostik/ Therapie/Gespräch/Beratung	
Angebote der Therapeutin:		
Themen des Kindes:		
Stundenverlauf:		
Wichtige Beobachtungen/Informationen:		
Schwierigkeiten:		
Grobplanung der nächsten Stunde:		

Datum:

Therapeutischer Verlaufsbefund**Name:****Geb. Datum:****Alter:****Beginn
der Therapie:****Anzahl
der Therapien:****Art der Behandlung:****Vorstellungsgrund:****Förderansatz:****Verlauf:**
*Motorik/Wahrnehmung:**Spiel:**Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich:*

Name:

Intellektuelle Fähigkeiten:

Sozialverhalten:

Ergebnisse aus motometrischen Verfahren:

Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)

Untersuchung vom _____

MQ:

Untersuchung vom _____

MQ:

Motoriktest für 4 bis 6 Jährige (MOT)

Untersuchung vom _____

MQ:

Untersuchung vom _____

MQ:

Punktiertest für Kinder (PTK)

Untersuchung vom _____

MQ re: MQ li: Gesamt MQ:

Untersuchung vom _____

MQ re: MQ li: Gesamt MQ:

Gesamt- Zielerreichungs- Skala

4 = 100% =			
3 = 75% =			
2 = 50% =			
1 = 25% =			
0 = Ausgangslage =			
-1 = Verschlechterung =			
Datum:			

Beurteilung/Procedere

Anregungen zur Selbstreflexion des Therapeutenverhaltens

◆ ***Institutioneller Rahmen***

Was ist mein Auftrag was, sind meine Aufgaben innerhalb der Institution, in der ich arbeite?

Welche Erwartungen werden an mich gestellt?

Kann oder will ich diese Erwartungen erfüllen?

Wie bin ich kollegial in die Institution eingebunden?

Welche Möglichkeiten des kollegialen Austausches / der Supervision gibt es?

◆ ***Erstkontakt***

Wie sehen die Rahmenbedingungen für den Erstkontakt zum Kind / zu den Eltern aus?

Sind diese Rahmenbedingungen für mich stimmig?

◆ ***Kontakt zu den Eltern***

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Eltern?

Wie häufig sind Kontakte zu den Eltern?

Ist die Anwesenheit der Eltern in der Förderstunde möglich / nicht möglich / sinnvoll / notwendig?

Welche Erwartungen haben die Eltern an mich?

Welche Erwartungen habe ich an die Eltern?

Decken sich unsere Erwartungen?

♦ ***Zusammenarbeit mit dem Kind***

Wie nehme ich Kontakt / Beziehung zu dem Kind auf?

Wie nimmt das Kind Beziehung zu mir auf?

Welche Stimmungen / Gefühle löst das Kind bei mir aus?

Wenn ich den Interaktionsprozess mit dem Kind betrachte:

Was ist mir dabei wichtig?

Was ist mir angenehm?

Was stört mich?

Was ärgert mich?

Wie gehe ich damit um bzw. was möchte ich ändern?

Wie vermittele ich meine Vorstellungen/Bedürfnisse?

Welche Verhaltensweisen schätze ich an dem Kind? Welche eher nicht?

Was kann ich zulassen, was nicht?

In welchen Situationen entstehen Konflikte?

Warum entstehen Konflikte?

Welchen Anteil habe ich an der Entstehung von Konflikten?

Wie könnten Lösungsmöglichkeiten aussehen?

Phasen der psychomotorischen Entwicklungstherapie

Phase	Zentrale Inhalte	Methodische Gestaltung	Aufgaben des Therapeuten
Diagnostikphase			
Interaktion mit dem Kind			
<i>Kontaktaufnahme</i>	♦ Schaffung einer vertrauten, annehmenden Atmosphäre	♦ Auswahl entwicklungsadäquater Spiel- und Bewegungsangebote	♦ Akzeptierendes und einfühlen- des Eingehen auf die Verhal- tens- und verbalen Äußerungen des Kindes
<i>Quantitative Leistungsmessung</i>	♦ Abklärung von Störungen in den Bereichen Motorik, Handlungs- planung; neuropsychologischer Bereich	♦ Motometrische Verfahren KTK, MOT, PTK	
<i>Qualitative Bewegungs- und Verhaltens- beobachtung</i>	♦ Erfassen von: - Umfang der Handlungskom- petenzen in Motorik, Wahr- nehmung, Spiel, Psychomoto- rischer Leistungs- und Ver- haltensbereich, Kognition, Sprache, Sozialkompetenzen - Lern- und Lösungsstrategien des Kindes - Interessen und Stärken des Kindes	♦ Motoskopische Verfahren TKT, Graphomotorisches Komplex- bild ♦ Klinische Beobachtungen ♦ Freie Spiel- und Bewegungsbe- obachtung ♦ Fragebogen zur Selbstwahrneh- mung ♦ Fragebogen zur Erfassung inter- naler und externaler Kontrol- lüberzeugungen (FIEK)	♦ Beobachtung des Mitteilungs- scharakters des Kindes, der Möglichkeiten der Selbstexplor- ation und der Verbalisation im Sinne von Probehandeln

Interaktion mit den Eltern

Kontaktaufnahme mit der Familie
Anamnese

- ◆ Anamnesegespräch über die *kindliche Entwicklung* in den Bereichen: Motorik/ Wahrnehmung/Spiel/Sprache/ Kommunikation/Intellektuelle Fähigkeiten/Psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensbereich/Soziale Kompetenzen und über die *Familiäre Situation*
- ◆ Abklärung der Vorstellungsgründe/aktuelle Probleme
- ◆ Wünsche, Bedürfnisse, Fragen der Eltern
- ◆ gemeinsame Spiel- und Bewegungsstunden unter Teilnahme der Eltern/unter Beobachtung der Eltern
- ◆ Einbeziehung der Geschwister
- ◆ Elterngespräch mit/ohne Kinder
- ◆ Gestaltung der Gesprächssituation
- ◆ Auswahl angemessener Interview- und Gesprächstechniken

Kontakt zu anderen involvierten Erziehungseinrichtungen und therapeutischen Institutionen

- ◆ Kontaktaufnahme um
 - einen ausführlichen Bericht der beteiligten Pädagoginnen für die Bewertung des kindlichen (Störungs-) Verhaltens zu erhalten
 - sich vor Ort über die Umgebungsbedingungen und das Kind in diesem Umfeld zu informieren
- ◆ Schriftliche Kontaktaufnahme zur Anforderung eines Kurzbefundes, einer Stellungnahme
- ◆ Persönliche, telefonische Kontaktaufnahme mit den betreffenden Fachkräften zur Absprache von Hospitations- und Austauschmöglichkeiten
- ◆ Verbindungen/Kontakte zwischen den einzelnen Mikrosystemen herstellen
- ◆ Diagnostische Ergebnisse abgleichen
- ◆ Transfermöglichkeiten für im therapeutischen Rahmen erworbene Handlungs- und Verhaltensmuster schaffen

Indikationsplanungsphase

Erstellung des Förderplans

<i>Förderbereiche und -ziele</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Schriftliche Fixierung der intendierten <i>Förderbereiche</i> und <i>Förderziele</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Auswertung der umfassenden Daten aus der Diagnostikphase
<i>Ausgangslage, Vorgehensweisen und Vernetzungen</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Festlegung instrumenteller und finaler Ziele 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Erstellen eines motologischen Befundes
<i>Verlauf und Ergebnisse der therapeutischen Intervention</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Beschreibung der spezifischen <i>Ausgangslage</i> des Kindes (individuelle Kompetenzen, Stärken und Interessen, Sinnthemen) ◆ Festlegung der <i>einzusetzenden Fördermethode</i> (Einzel- oder Gruppenförderung; methodisch-didaktische Strukturierung) ◆ Ausarbeitung begleitender Maßnahmen im Sinne einer interdisziplinären <i>Vernetzung</i> (Einbindung des häuslichen Umfeldes, begleitende Beratung des Kindergartens/der Schule, Initiierung von familienbegleitenden Maßnahmen) ◆ <i>Dokumentation des Verlaufs</i> mit Stunden- und Beobachtungsprotokoll 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hypothetische Formulierung der intendierten Förderbereiche und -ziele auf dem Hintergrund des psychosozialen Kontextes des jeweiligen Kindes ◆ Instrumentelle und finale Ziele nach ihrer Wertigkeit und Rangordnung klassifizieren ◆ Abgeleitet aus den gezielten Beobachtungen angemessene Spielthemen und Materialien auswählen ◆ Festlegung einzelner Handlungsschritte ◆ Planung struktureller und inhaltlicher Schwerpunkte ◆ Überlegungen zur Einbeziehung begleitender Fachdienste

Elterngespräch

Befundvermittlung

Aushandeln der Therapieziele

Therapievertrag

- ◆ Mitteilung der in der Diagnostikphase erhobenen *Befunde*; Austausch über die Beobachtungen und Einschätzungen der Eltern
- ◆ Abgleichen der *Zielvorstellungen* von Eltern und Therapeut
- ◆ Definition der wichtigsten Therapieziele und detaillierte Beschreibung der intendierten Veränderungen mit Hilfe der Zielerreichungsskala
- ◆ Ausarbeitung eines *Therapievertrages* über Rahmenbedingungen der Therapie (Dauer, Häufigkeit, Elternarbeit; Therapieende)
- ◆ Elterngespräch (mindestens 45 Minuten) wenn möglich mit beiden Elternteilen in Abwesenheit des Kindes
- ◆ Differenzierte Ausarbeitung erwünschter Veränderungen; schriftliches Protokoll für die Eltern und den Therapeuten
- ◆ Elternleitfaden zur allgemeinen Information über die Inhalte und Rahmenbedingungen der psychomotorischen Entwicklungstherapie
- ◆ Eigene Befunde in einer für die Eltern verständlichen Sprache mitteilen
- ◆ Eigene Zielvorstellungen mit den Erwartungen der Eltern abgleichen
- ◆ Mögliche Diskrepanzen klären, Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit und Effektivität der therapeutischen Maßnahme abschätzen
- ◆ Mitteilung der Therapiebedingungen (Zeitpunkt, Dauer der Stunde, Anwesenheit der Eltern, Beobachtungsmöglichkeiten, Fernbleiben von der Therapie)
- ◆ Formen der begleitenden Elternarbeit aufzeigen
- ◆ Aufzeigen möglicher unterstützender Maßnahmen anderer Institutionen oder Fachleute (Familienberatung, Erziehungsberatung, Hausaufgabenbetreuung, etc.)
- ◆ Kontaktaufnahme zu beteiligten Institutionen (Kindergarten/Schule) anbieten

Therapiephasen

Orientierungsphase

Interaktion mit dem Kind

<i>Eingewöhnung</i>	◆ <i>Eingewöhnung</i> an die unbekannte Person, den unbekannten Raum, das unbekannte Material	◆ Auswahl von Spiel- und Bewegungsangeboten, die dem Kind vertraut sind und ihm Handlungssicherheit geben	◆ Therapeutenverhalten geprägt durch Empathie, Wertschätzung und Echtheit
<i>Beziehungsaufbau</i>	◆ <i>Beziehungsaufbau</i> als Basis für die weitere Zusammenarbeit geprägt durch Vertrauen und Wertschätzung	◆ Spiel- und Bewegungsthemen orientieren sich an den Stärken und Interessen des Kindes	◆ Ängste, Sorgen des Kindes werden aufgenommen, reflektiert und Lösungsansätze erarbeitet
<i>Bewußtmachung eigener Kompetenzen</i>	◆ <i>Bewußtmachung</i> eigener Kompetenzen zur Stärkung der Selbstwahrnehmung, des Selbstkonzepts und Aktivierung vorhandener Ressourcen	◆ Freie Exploration mit selbstgewählten Materialien	◆ Stärken, Kompetenzen des Kindes werden benannt und rückgemeldet
<i>Aktivierung vorhandener Ressourcen</i>		◆ Spielidee, Spiel Aufbau und -verlauf wird durch das Kind gelenkt	◆ Modellhafte Ursachenzuschreibung bei Erfolgen und Mißerfolgen
		◆ Anlegen von Spielemappen zur Ausbildung der Ortsidentität	◆ Modellhafte verbale Handlungsbegleitung zur Verdeutlichung der Handlungskontrollprozesse
		◆ Erweiterungen, Veränderungen werden angeboten	
		◆ Thematischer Schwerpunkt: Ich-Kompetenz	

Elternarbeit

Perspektivenwechsel

Transparenz des methodischen Vorgehens

- ◆ Aufzeigen von Kompetenzen des Kindes
- ◆ Analyse kritischer Situationen
- ◆ Reflexion des elterlichen Verhaltens
- ◆ Erarbeitung von Handlungsstrategien (responsives Verhalten) für die Eltern
- ◆ Transparenz des therapeutischen Prozesses
- ◆ Beobachtung der Therapiestunden durch die Eltern hinter der Einwegscheibe
- ◆ Tür- und Angelgespräche für kurzen Informationsaustausch
- ◆ Festgelegte Gesprächstermine für eine intensivere Beratung
- ◆ Aufkommendes Unbehagen bei allen Parteien aufgrund der Beobachtung wahrnehmen und auflösen
- ◆ Zeit und Raum für Gespräche anbieten
- ◆ Grundlagen für eine adäquate Gestaltung der Gesprächssituation beachten und umsetzen

Auseinandersetzungsphase

Interaktion mit dem Kind

<i>Auseinandersetzung mit eigenen Grenzen</i> <i>Erwerb neuer Kompetenzen</i> <i>Veränderung des Selbstkonzeptes</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <i>Auseinandersetzung</i> mit eigenen Grenzen durch das Einlassen auf neue, unbekannte Situationen und Angebote ◆ Umgang mit Mißerfolg/Frustration ◆ <i>Erwerb neuer Kompetenzen</i> im Bereich der Handlungskontrolle und in der Exploration mit neuen Materialien ◆ <i>Veränderung des Selbstkonzeptes</i> durch das Erleben und Realisieren eigener Wirksamkeit und Kontrollerfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Erweiterung des kindlichen Handlungsspielraumes durch gezielte Spiel- und Bewegungsangebote aus unterschiedlichen Förderbereichen ◆ Steigerung der Leistungsanforderungen durch den Therapeuten entsprechend der kindlichen Handlungskompetenz ◆ Schaffung von Situationen, die aufgrund eines Überraschungseffektes eine veränderte Wahrnehmung der eigenen Wirksamkeit ermöglichen ◆ Stabilisierung dieser Wirksamkeitserfahrung in verschiedenen Situationen ◆ Thematischer Schwerpunkt: Sach-Kompetenz und Ich-Kompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Auswahl an Spiel- und Bewegungsangeboten, die Vertrautes und Neues enthalten ◆ Bekräftigung/Verstärkung bei der Bewältigung neuer Aufgaben ◆ Das kindliche Anspruchsniveau reflektieren und eine realistische Einschätzung unterstützen ◆ Externe Sprache in Form der Selbstinstruktion bei der Handlungsplanung und -ausführung anregen ◆ Kausalattribution kontrollieren und eigenständige verbale Ursachenzuschreibung anregen ◆ Im Dialog mit dem Kind differierendes Verhalten und veränderte Selbstbewertung auf die Bewußtseinssebene heben
--	---	--	---

Elternarbeit

Auseinandersetzung mit Veränderungen des Kindes

- ◆ Akzeptanz der Entwicklung des Kindes
- ◆ Reflexion der kindlichen Entwicklungsprozesse und das daraus resultierende elterlicher Erziehungsverhalten
- ◆ Vernetzung auf der Mesoebene
- ◆ Gespräche über Auswirkungen eines veränderten Selbstbildes des Kindes auf die Familie
- ◆ Geschwisterstunden
- ◆ Begleitende Beratung zu Übertragungsmöglichkeiten therapeutischer Maßnahmen auf den häuslichen Bereich
- ◆ Veränderte Rollenkonstellation innerhalb der Familie ansprechen und Lösungsmöglichkeiten erarbeiten

Erweiterungsphase

Interaktion mit dem Kind

Erweiterung der Handlungsfelder

Erwerb sozialer Kompetenzen

- ◆ *Erweiterung der Handlungsfelder* durch Übertragung und Festigung erworbener Kompetenzen in die Gruppensituation
- ◆ Stabilisierung des neuen Explorationsverhaltens in Konkurrenz- und Vergleichssituationen
- ◆ *Erwerb sozialer Kompetenzen* wie Durchsetzen eigener Bedürfnisse, Berücksichtigung der Belange anderer; Aushandeln von Kompromissen in der geschützten Kleingruppe
- ◆ Spiel- und Bewegungsangebote, die gemeinsames Handeln erfordern, jedoch Schutzräume für den Einzelnen offen lassen
- ◆ Thematischer Schwerpunkt: Sozial-Kompetenz
- ◆ Kritische Momente in der Gruppensituation reflektieren und Konfliktlösungen erarbeiten
- ◆ Förderung der Selbstinstruktion als Modellfunktion für die anderen Kinder
- ◆ Im weiteren Verlauf den Übergang zur inneren Sprache anregen
- ◆ Selbständigkeit der Kinder durch Übertragung eigener Verantwortung in der Interaktion mit anderen fördern

Elternarbeit

Unterstützung des Entwicklungsprozesses

Auseinandersetzung mit anderen Familien

- ◆ Veränderte Schwerpunktsetzung in der Therapie reflektieren
- ◆ Veränderung der Zweierbeziehung Therapeut-Eltern
- ◆ Angebot protektiver Maßnahmen durch den Austausch mit anderen Eltern
- ◆ Kennenlernspiele für Eltern und Kinder
- ◆ Austausch über die Gruppenprozesse mit allen Eltern
- ◆ Einzelgespräche
- ◆ Gegenseitige Vorstellung der Eltern
- ◆ Gelegenheit bieten, sich näher kennenzulernen durch z.B. gemeinsamen Stundeneinstieg

Übertragungsphase

Interaktion mit dem Kind

Übertragung in andere Wachstumsfelder

- ◆ *Übertragung* neu erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen auf Situationen außerhalb der Therapie (Verein, etc.)
- ◆ Therapie als Rückzugs- und Schutzraum, um neue oder frustrierende Erfahrungen im vertrauten Rahmen aufarbeiten zu können
- ◆ Wechsel aus gezielten Interventionsangeboten und von den Kindern initiierten Bewegungsanlässen
- ◆ Freiraum für das Nachspielen erlebter Situationen
- ◆ Bewegungs- und Gesprächsangebote schaffen, die der Aufarbeitung neuer oder frustrierender Erfahrungen mit fachlicher Unterstützung dienen
- ◆ Supervision der Kinder in ihren Bemühungen, die anstehenden Entwicklungsaufgaben selbständig zu lösen
- ◆ Im Dialog Ursachen für schwierige Verläufe aufspüren, alternative Lösungswege anregen

Elternarbeit

Neue Handlungsfelder erschließen

- ◆ Beratung und Unterstützung bei der Auswahl adäquater Freizeitangebote
- ◆ Beratungsgespräche
- ◆ Informationsbroschüren und Adressen von Vereinen etc. zur Verfügung stellen
- ◆ Kontinuierlicher Kontakt zu Vereinen, Einrichtungen, die Freizeitangebote für Kinder anbieten
- ◆ Erstellen einer Übersicht über Angebote, Kontaktpersonen

Abschlussphase

Interaktion mit dem Kind

<i>Vorbereitung auf das Ende der Therapiephase</i>	◆ Reflexion des Entwicklungsprozesses	◆ Wunschstunden; was möchtest Du gerne noch einmal machen;	◆ Rückmeldung über Situationen, die schwierig waren, Veränderungen und neu erworbene Lösungsstrategien hervorheben
<i>Reflexion der vergangenen Stunden</i>	◆ Ablöseprozess initiieren ◆ Neue Handlungsfelder erarbeiten	◆ Gestaltung der Abschlussstunde anhand vorhandener Aufzeichnungen (Spielemappen) ◆ Gespräch mit dem Kind; Reflexion über die zurückliegende Therapiephase und Veränderungen beim Kind ◆ Abschlussfeier	◆ Gestaltung einer Abschlussstunde

Elternarbeit

<i>Effektivitätskontrolle</i>	◆ GAS zur Überprüfung der Therapieerfolge	◆ Elterngespräch zur Reflexion und Überprüfung der Zielerreichung	◆ Erstellen eines therapeutischen Verlaufsbefundes auf der Basis der regelmäßigen Stundendokumentation
<i>Installation außerfamiliärer protektiver Maßnahmen</i>	◆ Reflexion über Veränderungen in der zurückliegenden Therapiephase ◆ Planung und Organisation weiterführender bewegungsorientierter/therapeutischer Maßnahmen ◆ Vereinbarungen über Kontrolluntersuchungen	◆ Abschlussuntersuchung beim zuständigen Pädiater ◆ Abschlussgespräch	◆ Reflexion des Entwicklungsverlaufs anhand des Beobachtungsprotokolls ◆ Teamgespräche und Terminvereinbarungen

Literatur

- Abramson, L./ Seligman, M. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Teasdale, J. 1978 *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-79
- Ainsworth, M. 1967 Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love. John Hopkins University Press, Baltimore
- Ainsworth, M./ Wittig, B. 1969 Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. Erlbaum, Hillsdale
- Ainsworth, M. et al. 1978 Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NY
- Anger, H. 1969 Befragung und Erhebung. In: C. Graumann/L. Kruse/B. Kroner (Hrsg.), Sozialpsychologie, 1. Halbband: Theorien und Methoden. Hogrefe, Göttingen, 567-617
- Atkinson, J. 1964 An introduction to motivation. Van Nostrand, Princeton
- Arbeitskreis Fachberatung (Hrsg.) 1992 Fachberatung der Frühförderung in Kindertagesstätten. *Frühförderung interdisziplinär*, 11, 1, 12-17
- Aviram, A./ Milgram, R. 1977 Dogmatism, locus of control and creativity in children educated in the Soviet Union, the United States and Israel. *Psychological Reports*, 40, 27-34
- Axline, V. 1972 Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München
- Baldwin, J. 1894 The development of the child and of the race. MacMillan, New York
- Badegruber, B. 1996 Geschichten zum Problemlösen. Cornelsen, Berlin
- Baldwin, J. 1894 The development of the child and of the race. MacMillan, New York
- Bandura, A. 1977a Social learning theory. Englewood Cliffs, Prentice Hall
- Bandura, A. 1977b Self-efficacy. *Psychological Review*, 84, 191-215
- Bandura, A. 1983 Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 464-469
- Bank, P./ Kahn, M. 1994 Geschwister-Bindung. dtv, München (Original 1982 The Sibling Bond)
- Belschner, W./ Kaiser, P. 1995³ Darstellung eines Mehrebenenmodells primärer Prävention. In: S. Filipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse. PVU, Weinheim, 174-195
- Belsky, J./ Most, R. 1981 From exploration to play: A cross-sectional study of infant free play behavior. *Developmental Psychology*, 17, 630-639
- BvDM (Hrsg.) 1997 Empfehlungen und Richtlinien zur Anerkennung einer motologischen Praxis durch den Berufsverband. Münster
- Bittner, G. 1976 Die heilenden Kräfte des Spiels. In: H. Halbfas (Hrsg.), Spielen, Handeln und Lernen. Klett, Stuttgart, 41-52

- Borg-Laufs, M. 1997 Strukturierungshilfen zur Erstellung von Falldokumentationen. dgvt-Verlag, Tübingen
- Bowlby, J. 1975 Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler, München
- Bowlby, J. 1976 Trennung: Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Kindler, München
- Bradley, R./
Caldwell, B. 1979 Home environment and locus of control. *Journal of clinical Psychology*, 8, 107-111
- Brandstädter, J./
Renner, G. 1990 Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accomodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58-67
- Brisch, K. 1999 Bindungsstörungen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bronfenbrenner, U. 1981 Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Caspar, F. 1996² Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Verlag Hans Huber, Bern
- Chapin, M./Dyck, D. 1976 Persistence in children`s reading behavior as a function of length and attribution retraining. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 511-515
- Clauss, G. (Hrsg.) 1976 Wörterbuch der Psychologie. Pahl-Rugenstein, Köln
- Cohen, L./Oakes, L. 1993 How infants perceive a simple causal event. *Developmental Psychology*, 29, 421-433
- Cole, D./Cole, S. 1977 Counternormative behavior and locus of control. *Journal of Social Psychology*, 101, 351-353
- Danish, S./
D'Augelli, A. 1995³ Kompetenzerhöhung als Ziel der Intervention in Entwicklungsverläufe über die Lebensspanne. In: S. Filipp, (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse. PVU, Weinheim, 156-73
- Deegener, G. 1995² Anamnestischer Elternfragebogen (AVAK). Hogrefe Göttingen
- Denzer, M. 1992 Mein Auto das bin ich. Auf der Suche nach der "Persönlichkeit" in einer psychomotorischen Entwicklungsförderung. *Motorik*, 15, 4, 222- 233
- Deusinger, I. 1996 Locus-of-control- ein Selbstkonzept. In.: I. Deusinger/H. Haas (Hrsg.), Persönlichkeit und Kognition. Hogrefe, Göttingen, 86-110
- Diethelm, K. 1991 Mutter-Kind-Interaktion. Entwicklung von ersten Kontrollüberzeugungen. Universitätsverlag Freiburg, Schweiz
- Disch, J./Hess, T. 1988 `Gute` und `schlechte` systemorientierte Therapien: Eine katamnestiche Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium. *Praxis der*

- Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 37, 304-310
- Döpfner, M. et al. 1993 Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder. Beltz, Weinheim
- Dörner, K. 1995 Geschichten für gestreßte Kinder. Herder, Freiburg
- Dörner, K. 1997 Auf einmal geht alles wie von selbst. Vorlesegeschichten zum Trösten und Mutmachen. Herder, Freiburg
- Dorsch, F./Häcker, H./
Stapf, K. 1996 Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Verlag Hans Huber, Bern
- Dsubanko-Obermayr, K./
Baumann, U. 1999 Informed Consent in der Psychotherapie: Anspruch und Wirklichkeit. In: H. Ambühl/B. Strauß (Hrsg.), Therapieziele. Hogrefe, Göttingen, 33-54
- Duke, M./
Lancaster, W. 1976 A note on locus of control as a function of father absence. *Journal of Counseling Psychology*, 17, 567-572
- Dusolt, H. 1993 Elternarbeit für Erzieher, Lehrer, Sozial- und Heilpädagogen. Quintessenz, München
- Egetmeyer, M. Assoziationskarten. OH-Verlag, Kirchzarten
- Ehlers, B. 1981 Die personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern. In: H. Goetze (Hrsg.), Personzentrierte Spieltherapie. Hogrefe, Göttingen, 44-63
- Eimer, M. 1987 Konzepte zur Kausalität. Verursachungszusammenhänge und psychologische Begriffsbildung. Verlag Hans Huber, Bern
- Einsiedler, W. 1999 Das Spiel der Kinder. Klinkhardt, Bad Heilbrunn
- Erikson, E. 1997³ Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt
- Ernst, C./August, J. 1983 Birth Order. Springer, New York
- Esser, G. et al. 1989 Mannheimer Elterninterview (MEI). Hogrefe, Göttingen
- Ettrich, K./
Dietrich, L. 1989 Das Goal-Attainment Scaling und seine Anwendung für die Erfolgsbewertung in der Kinderpsychotherapie. *Psychologie für die Praxis*, 7, 4, 363-371
- Färber, H. 1992 Mototherapie bei Tics? Markus - ein hyperaktiver Junge. *Motorik*, 15, 4, 234-240
- Filipp, S. (Hrsg.) 1995³ Kritische Lebensereignisse, Urban&Schwarzenberg, München
- Finkelstein, N./
Ramey, C. 1977 Learning to control the environment in infancy. *Child Development*, 48, 806-819
- Fischer, K. 1993 Hyperaktivität im frühen Kindesalter. In: M. Passolt (Hrsg.), Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie. Reinhardt, München, 47-60
- Fischer, K. 1996a Entwicklung im Netzwerk - Neue Tendenzen in der Entwicklungspsychologie und deren Bedeutung für die Theorie-Konstruktion der Motologie. In: S. Amft/J. Seewald

- (Hrsg.), Perspektiven der Motologie. Hofmann, Schorndorf, 193- 200
- Fischer, K. 1996b Entwicklungstheoretische Perspektiven der Motologie des Kindesalters. Hofmann, Schorndorf
- Fischer, K. 1996c Psychomotorik: Bewegungshandeln als Entwicklungshandeln. *Sportpädagogik*, 5, 26-36
- Fischer, M./
Fischer, U. 1995 Wohnortwechsel und Verlust der Ortsidentität als nicht-normative Lebenskrisen. In: S. Filipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse. PVU, Weinheim, 139-153
- Flammer, A. 1990 Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Verlag Hans Huber, Bern
- Flammer, A. 1995a Kontrolle, Sicherheit und Selbstwert in der menschlichen Entwicklung. In: W. Edelstein (Hrsg.), Entwicklungskrisen kompetent meistern. Roland Asanger Verlag, Heidelberg, 35-42
- Flammer, A. 1995b Developmental analysis of control beliefs. In: A. Bandura (Hrsg.), Self-efficacy in changing societies. University Press, Cambridge, 69-113
- Flammer, A. 1996 Entwicklungstheorien. Verlag Hans Huber, Bern
- Flammer, A./
Kaiser, F. 1990 Control-belief and self-knowledge among adolescent. University of Bern
- Försterling, F. 1985 Attributional retraining: A review. *Psychological Bulletin*, 98, 495-512
- Försterling, F. 1986 Attributionstheorie in der klinischen Psychologie. Urban, München
- Försterling, F. 1996a Eine attributionale Analyse motologischer Phänomene. In: S. Amft/J. Seewald (Hrsg.), Perspektiven der Motologie. Hofmann, Schorndorf
- Försterling, F. 1996b Attributions-Konzeptionen in der Klinischen Psychologie. In: A. Ehlers/K. Hahlweg (Hrsg.): Grundlagen der Klinischen Psychologie (= Enzyklopädie der Psychologie). Hogrefe, Göttingen, 405-463
- Fremmer-Bombik, E. 1987 Beobachtungen zur Beziehungsqualität im zweiten Lebensjahr und ihre Bedeutung im Licht mütterlicher Kindheitserinnerungen. Dissertation, Universität Regensburg
- Fritz, A. 1997 Spiel – ein Medium zur Vermittlung kognitiver und sozialer Kompetenzen. Beschreibung und erste Evaluationsergebnisse einer spiel- und bewegungsorientierten Förderung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten. In: C. Leyendecker/T. Horstmann (Hrsg.), Frühförderung und Frühbehandlung. Winter, Heidelberg, 430-440
- Furmann, W./
- Children's perceptions of the quality of sibling relationships.

- Buhrmester, D. 1985 *Child Development*, 56, 448-461
- Galperin, P. 1980 Zu Grundfragen der Psychologie. Pahl-Rugenstein, Köln
- Gartner, F. 1996 Elterlicher Einfluss auf die kindliche Prüfungsangst. Eine empirische Untersuchung über die Ursachen von Leistungsangst bei Schülern und Schülerinnen der 2. Gymnasialstufe. Unveröffentl. Dipl. Arbeit, Universität Wien
- Gartner, F./
Jirasko, M. 1996 Elterliche Besorgnis über Schulleistungen und kindliche Prüfungsangst. In: M. Jirasko/J. Glück/B. Rollett (Hrsg.), Perspektiven psychologischer Forschung in Österreich. WUV-Universitätsverlag, Wien
- Görlitz, D. 1983 Kindliche Erklärungsmuster. Entwicklungspsychologische Beiträge zur Attributionsforschung. Beltz, Weinheim
- Goetze, H./
Jaede, W. 1974 Die nicht-direktive Spieltherapie. Fischer, Frankfurt
- Graichen, J. 1988 Neuropsychologische Aspekte von Bewegung und Sprache. In: T. Irmischer (Hrsg.), Bewegung und Sprache. Hofmann, Schorndorf, 23-44
- Graichen, J. 1993 Die Steuerung des Verhaltens aus neuropsychologischer Sicht. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Landesgruppe Bayern (Hrsg.), Sprache-Verhalten-Lernen. edition von Preisleben, Ruimpor, 335-414
- Graudenz, I. 1974 Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung mütterlichen Verhaltens 5 - 6 Jähriger Vorschulkinder. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 21, 203-211
- Grossmann, K. 1984 Zweijährige Kinder im Zusammenspiel mit ihren Müttern, Vätern, einer fremden Erwachsenen und in einer Überraschungssituation: Beobachtungen aus bindungs- und kompetenztheoretischer Sicht. Dissertation, Regensburg
- Grossmann, K.E./
Grossmann, K. 1986 Phylogenetische und ontogenetische Aspekte der Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung und der kindlichen Sachkompetenz. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 18, 287-315
- Grossmann, K.E.
et al. 1989 Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: H. Keller (Hrsg.), Handbuch der Kleinkindforschung. Springer, Berlin, 31-55
- Gruppe, O. 1975 Was ist und was bedeutet Bewegung? In: E. Hahn (Hrsg.), Die menschliche Bewegung - Human Movement. Hofman, Schorndorf, 3-19
- Haas, R. 1980 Dictionary of psychology and psychiatry. English-German. Hogrefe, Göttingen
- Haas, R. 1999 Entwicklung und Bewegung. Hofmann, Schorndorf
- Hacker, W. 1973 Allgemeine Arbeits- und Ingenieurspsychologie. Deutscher

Verlag der Wissenschaften, Berlin

- Hackfort, D. 1983 Methodische Ansätze und Probleme in der Angstforschung. In: J. Janssen/E. Hahn (Hrsg.), Aktivierung, Motivation, Handlung und Coaching im Sport. Hofmann, Schorndorf, 77-85
- Hammer, R. 1992 Das Ungeheuer von Loch Ness. Fallbeschreibung eines "aggressiven Kindes". *Motorik*, 15, 4, 241-248
- Hammer, R. 1995 Bewegung in der Heimerziehung. Die Psychomotorik als Grundlage der Alltagsgestaltung einer Heimwohngruppe. Dissertation, Dortmund
- Handelsmann, M. 1990 Do written consent forms influence clients' first impressions of therapists? *Professional psychology: Research and Practice*, 21, 451-454
- Hausser, K. 1995 Identitätspsychologie. Springer, Berlin
- Havighurst, R. 1974³ Developmental tasks and education. McKay, New York
- Heckhausen, H. 1966 Die Entwicklung des Erlebens von Erfolg und Mißerfolg. *Bild der Wissenschaft*, 7, 547-553
- Heckhausen, H. 1977 Motive und ihre Entstehung. In: F. Weinert/C. Graumann et al., Pädagogische Psychologie 1. Fischer, Frankfurt, 133-209
- Heckhausen, H. 1989² Motivation und Handeln. Springer, Berlin
- Hecklau-Seibert, S. 1990 Effizienzüberprüfung psychomotorischer Fördermaßnahmen bei Kindern mit "minimaler cerebraler Dysfunktion". Peter Lang GmbH, Frankfurt
- Heider, F. 1973 Soziale Wahrnehmung und phänomenale Kausalität. In: M. Irle (Hrsg.), Texte aus der experimentellen Sozialpsychologie. Luchterhaus, Darmstadt, 25-56
- Heider, F. 1977 Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Klett, Stuttgart
- Helmke, A./
Rheinberg, F. 1996 Anstrengungsvermeidung - Morphologie eines Konstruktes. In: C. Spiel/U. Kastner-Koller/P. Deimann (Hrsg.), Motivation und Lernen aus der Perspektive lebenslanger Entwicklung. Waxmann, Münster, 207-224
- Helmke, A./
Weinert, F. 1997 Das SCHOLASTIK-Projekt: Wissenschaftliche Grundlagen, Zielsetzungen, Realisierungsbedingungen und Ergebnisperspektiven. In: F. Weinert/A. Helmke (Hrsg.), Entwicklungen im Grundschulalter. PVU, Weinheim, 3-12
- Heuer, B. 1983 Krankengymnastische Behandlung bei Störungen der Bewegungsentwicklung im Bereich der Automatisierung und Programmsteuerung von sequentiellen Abläufen. *Krankengymnastik* (Sonderdruck), 35, 198-203
- Heuer, B. 1984 Krankengymnastische Diagnostik und Behandlung bei Störungen der Programm- und Handlungssteuerung. *Krankengymnastik* (Sonderdruck), 36, 707-712

- Hölter, G. 1990 Psychomotorik aus psychotherapeutischer Sicht. In: G. Huber/ H. Rieder/G. Neuhäuser (Hrsg.), Psychomotorik in Therapie und Pädagogik. verlag modernes lernen, Dortmund, 93-120
- Hölter, G. 1998 Entwicklungslinien der Psychomotorik im deutschsprachigen Raum. *Motorik*, 21, 2, 43-50
- Hoffman, J./ Tyber, E. 1979 Some relationships between sibling age space and personality. *Merrill-Palmer Quarterly*, 25, 77-80
- Hübner, F. 2000 Nur weil ich klein bin, bin ich doch nicht doof. Mutmachgeschichten. Lahn-Verlag, Kevelaer
- Jaede, W. 1996 Der entwicklungspsychologische Ansatz in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie. In: C. Boeck-Singelmann (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1, 1996, Hogrefe, Göttingen, 67-95
- Jopt, U. 1982 Anstrengungsvermeidungstendenz: "Faulpelz" im neuen Gewand? *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 14, 324-336
- Jopt, U. 1984 Anstrengungsvermeidungstendenz: Motiv ohne Motivation oder Ein Test ersetzt noch keine Theorie. Replik auf B. Rollett. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 16, 77-80
- Kaminski, G. 1973 Bewegungshandlungen als Bewältigung von Mehrfachaufgaben. *Zeitschrift für Sportwissenschaft*, 3, 233-250
- Karmann, P./ Seidenstücker, G. 1979 Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung internaler und externaler Kontrollüberzeugungen bei Vorschulkindern. *Diagnostica*, Bd. 25, 2, 159-169
- Kasten, H. 1993a Geschwisterbeziehung. Bd. 1, Hogrefe, Göttingen
- Kasten, H. 1993b Geschwisterbeziehung. Bd. 2, Hogrefe, Göttingen
- Kasten, H. 1998 Geschwister - Vorbilder, Rivalen, Vertraute. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Kelley, H. 1967 Attribution theory in social psychology. In: D. Levine (Hrsg.), Nebraska Symposium on Motivation. University of Nebraska Press, Lincoln, 192-240
- Kesselmann, G. 1990 Langzeiteffekte einer therapeutisch orientierten Bewegungserziehung im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Betreuung. Dissertation, Hannover
- Kiener, F. 1973 Untersuchungen zum Körperbild (Body Image), 1. Teil. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 21, 4, 335-350
- Kiener, F. 1974 Untersuchungen zum Körperbild (Body Image), 2. Teil. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 22,

- 1, 45-66
- Kiphard, E. 1973² Trampolin-Körperkoordinationstest (TKT). Hofmann, Schorndorf
- Kiphard, E. 1984 Psychomotorik - Motopädagogik - Mototherapie. Fragen der Gegenstandsbestimmung und Abgrenzung. *Motorik*, 7, 2, 49-51
- Kiphard, E./
Schilling, F. 1974 Körperkoordinationstest für Kinder (KTK). Manual und Testmaterial. Beltz, Weinheim,
- Kiresuk, T./
Sherman, R. 1968 Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453
- Kirschke, W. 1997 Erdbeeren zittern vor dem Fenster. Assoziative Kartenspiele führen zu Kreativität und Kommunikation. OH-Verlag, Kirchzarten
- Kleber, E. 1992 Diagnostik in pädagogischen Handlungsfeldern. Juventa, Weinheim
- Kliphuis, M. 1977 Die Hantierung kreativer Prozesse in Bildung und Hilfeleistung. In: L. Wils (Hrsg.), Spielenderweise. Putty, Wuppertal, 60-119
- Knobloch, J./
Hölter, G. 1986 Differentielle Aspekte des Selbst- und Körperkonzepts. In: J. Nitsch (Hrsg.), Anwendungsfelder der Sportpsychologie. bps-Verlag, Köln, 134-145
- Kottje-Birnbacher, L.
Birnbacher, D. 1999 Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In: H. Ambühl/B. Strauß (Hrsg.), Therapieziele. Hogrefe, Göttingen, 15-32
- Krampen, G. 1982a Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen. Hogrefe, Göttingen
- Krampen, G. 1982b Familiäre und schulische Entwicklungsbedingungen von Kontrollüberzeugungen. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen*, 41, 16-35
- Krampen, G. 1985 Differentielle Effekte von Lehrerkommentaren zu Noten bei Schülern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 17, 99-123
- Krampen, G. 1987 Entwicklung von Kontrollüberzeugungen: Thesen zu Forschungsstand und Perspektiven. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 19, 195-227
- Krampen, G. 1989 Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen
- Krampen, G. 1992 Sozialisation von Kontrollüberzeugungen. *Trierer Psychologische Bericht*, Bd. 19, Heft 6
- Krampen, G. 1994 Kontrollüberzeugungen in der Erziehung und Sozialisation.

- In: A. Schneewind (Hrsg.): Psychologie der Erziehung und Sozialisation (= Enzyklopädie der Psychologie). Hogrefe, Göttingen, 375-402
- Krampen, G. et al. 1990 Gender differences in personality: Biological and/or psychological? *European Journal of Personality*, 4, 303-317
- Krause, M.P. 1999 Wirkungen elterlicher Responsivität in dyadischen Spielsituationen auf das Interaktionsverhalten von Vorschulkindern mit mentaler Entwicklungsverzögerung. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 46, 110-125
- Kretschmann, R. 1974 Intelligenzfaktoren und "Neurotizismus" als intervenierende Variablen in der Schüler-Lehrer-Beziehung. Unveröffentl. Dissertation, PH Ruhr, Dortmund
- Kreul, H. 1998 Das kann ich. Von Mut und Selbstvertrauen. Loewe Verlag, Bindlach
- Krüger, J./Möller, H./ Meyer, W. 1983 Das Zuweisen von Aufgaben verschiedener Schwierigkeit: Auswirkungen auf Leistungsbeurteilung und Affekt. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 15, 280-291
- Krus, A./Salis, B. 2000 Prozeßbegleitende Diagnostik im Wandel. In: T. Irmischer (Hrsg.), Psychomotorik im Wandel. Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, Lemgo
- Kuhl, J. 1983a Emotion, Kognition und Motivation II: Die funktionale Bedeutung der Emotionen für das konkrete Handeln. *Sprache und Kognition*, 4, 228-253
- Kuhl, J. 1983b Handlungs- und Lageorientierung als Vermittler zwischen Intention und Handeln. In: W. Hacker/W. Volpert/ M.v. Cranach (Hrsg.), Kognitive und motivationale Aspekte der Handlung. Verlag Hans Huber, Bern, 76-95
- Kuhl, J./Schulz, P. 1986 Emotionale Belastungen im Sport. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen. bps-Verlag, Köln
- Laireiter, A./ Lettner, K./ Baumann, U. 1996 Dokumentation von Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen. In: F. Caspar (Hrsg.), Psychotherapeutische Problemanalyse. dgvt-Verlag, Tübingen, 315-343
- Lamb, M./ Sutton-Smith, B. 1982 Sibling Relationships: Their Nature and Significance across the Lifespan. Erlbaum, Hillsdale
- Lazarus, R. 1979 Shaping up the coping concept. In: L. Bond/J. Rosen (Hrsg.), Primary prevention of psychopathology. Vol. 4, Hanover
- Lazarus, R. 1984 On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129
- Lazarus, R. 1995³ Streß und Streßbewältigung. Ein Paradigma. In: S. Filipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse. PVU, München, 198-232

- Leontjew, A. 1971 Probleme der Entwicklung des Psychischen. Volk und Wissen, Berlin
- Leontjew, A. 1977 Tätigkeit, Bewußtsein, Persönlichkeit. Klett, Stuttgart
- Lerner, R. 1982 Children and adolescents as producers of their own Development. *Developmental Review*, 2, 342-370
- Leslie, A. 1982 The perception of causality in infants. *Perception*, 11, 173-186
- Leslie, A. 1984 Spatiotemporal continuity and the perception of causality in Infants. *Perception*, 13, 287-305
- Levin, J./
Schiller, P. 1986 Religion and the multidimensional locus of control scales. *Psychological Reports*, 59, 26
- Lewin, K. 1926 Untersuchungen zur Handlungs- und Affekt-Psychologie: I. Vorbemerkungen über die psychischen Kräfte und Energien und über die Struktur der Seele. *Psychologische Forschung*, 7, 296-334
- Leyendecker, C. 1997 Die Einheit von Wahrnehmung und Bewegung - kritische Anmerkungen zu einem (allzu) plausiblen Paradigma der Frühförderung. In: C. Leyendecker/T. Horstmann, Frühförderung und Frühbehandlung. Winter, Heidelberg, 109-121
- von Lüpke, H 2000 Identität als wechselseitiger Prozeß von Anfang an. *Motorik*, 23, 3, 108-112
- Lüscher, B. 1997 Die Rolle der Geschwister. Marhold, Berlin
- Lüthi, R. 1991 Editorial. Bedeutsame Ereignisse als Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsanlässe. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, Bd. 50, 1, 5-8
- Lütkenhaus, P./
Grossmann, K.E./
Grossmann, K. 1985 Transactional influences of infants' orienting ability and maternal cooperation on competition in three-year-old children. *International Journal of Behavioral Development*, 8, 257-272
- Lukesch, H. 1994 Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik. CH-Verlag, Regensburg
- Luria, A. 1992 Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Rowohlt, Hamburg
- Main, M./Kaplan, N./
Cassidy, J. 1985 Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In: I. Bretherton/E. Waters (Hrsg.), Growing points of attachment theory and research. Vol. 50, University of Chicago Press, Chicago, 66-106
- Mandler, J. 1992 How to build a baby: II. Conceptual primitives. *Psychological Review*, 99, 587-604
- Mattner, D. 1985 Angewandte Motologie als ganzheitliche Therapie. *Motorik*, 8, 2, 67-72

- Mayr, T. 1997 Heilpädagogischer Fachdienst und Kindergarten – Dimensionen der Zusammenarbeit. *Heilpädagogische Forschung*, Bd. 23, 4, 162-171
- Mayr, T. 1998 Problemkinder im Kindergarten – ein neues Aufgabenfeld für die Frühförderung Teil II. Ansatzpunkte und Perspektiven für die Kooperation. *Frühförderung interdisziplinär*, 17, 97-115
- Meichenbaum, D. 1979 Kognitive Verhaltensmodifikation. Urban&Schwarzenberg, München
- Meyer, W. 1973 Leistungsmotiv und Ursachenerklärung von Erfolg und Mißerfolg. Klett, Stuttgart
- Meyer, W. 1976 Leistungsorientiertes Verhalten als Funktion wahrgenommener eigener Begabung und wahrgenommener Aufgabenschwierigkeit. In: H. Schmalt/W.Meyer (Hrsg.), Leistungsmotivation und Handeln. Klett, Stuttgart 101-135
- Meyer, W. 1984 Das Konzept von der eigenen Begabung. Verlag Hans Huber, Bern
- Meyer, W./Folkes, V./Weiner, B. 1976 The perceived informational value and affective consequences of choice behavior and intermediate difficulty task selection. *Journal of Research in Personality*, 10, 410-423
- Meyer, W./Försterling, F. 1993 Die Attributionstheorie. In: D. Frey/M. Irle, Theorien des Sozialpsychologie. Verlag Hans Huber, Bern, 175-214
- Michotte, A. 1963 The perception of causality. Methuen, London
- Mill, J. 1872 A system of logic. Ratiocinative and inductive. Longmans, London
- Mischel, W. 1973 Toward a cognitive social learning reconceptualization of Personality. *Psychological Review*, 80, 252-283
- Mrazek, J. 1984 Einstellungen zum eigenen Körper. Grundlagen und Befunde. In: J. Bielefeld (Hrsg.): Körpererfahrung. Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens. Hogrefe, Göttingen, 223 - 251
- Mogel, H. 1996 Spiel- ein fundamentales Lebenssystem des Kindes. In: C. Boeck-Singelmann (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1, Hogrefe, Göttingen, 179-191
- Nitsch, J. 1986 Zur handlungstheoretischen Grundlegung der Sportpsychologie. In: H. Gabler/J. Nitsch/K. Roth (Hrsg.), Einführung in die Sportpsychologie. Hofmann, Schorndorf, 188-270
- Nowicki, S./Schneewind, K. 1982 Relation of family climate variables to locus of control in German and American students. *Journal of Genetic Psychology*, 141, 277-286

- Oaklander, V. 1987³ Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Oerter, R. 1993 Psychologie des Spiels - Ein handlungstheoretischer Ansatz. Quintessenz, München
- Oerter, R. 1996 Warum spielen Kinder? In: C. Spiel/U. Kastner-Koller (Hrsg.), Motivation und Lernen aus der Perspektive lebenslanger Entwicklung. Waxmann, Münster, 31-40
- Olbrich, E. 1995³ Normative Übergänge im menschlichen Lebenslauf: Entwicklungskreisen oder Herausforderungen? In: S. Filipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse. PVU, Weinheim, 123-138
- Osselmann, J. 1976 Eine Skala zur Messung der internalen versus externalen Verstärkungskontrolle (IE Skala). Berichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Bonn, Nr. 7
- Papastefanou, C. 1992 Das zweite Kind und die Erweiterung der familiären Beziehungen. In: M. Hofer/E. Klein-Allermann/P. Noack (Hrsg.), Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. Hogrefe, Göttingen, 194-210
- Papoucek, M. 1989a Das Fremde als Element des Spiels. In: H. Rothbucher/F. Wurst (Hrsg.), Wir und das Fremde. Selbstverlag der Internationalen Pädagogischen Werktagung, Salzburg, 39-49
- Papoucek, M. 1989b Frühe Phasen der Eltern-Kind-Beziehungen. Ergebnisse der entwicklungspsychologischen Forschung. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 34, 109-122
- Perrez, M. 1985 Soziale Kontingenzen bei Säuglingen als Antezedenten von Kontrollüberzeugungen. In: D. Albert (Hrsg.), Bericht über den 34. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Wien 1984. Bd.1, Hogrefe, Göttingen, 391-394
- Perrez, M. 1989 Diagnostik von Kontingenzerfahrungen in der frühen Kindheit. In: G. Krampen (Hrsg.), Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen, 172-185
- Peterander, F. 1992 Erfassung entwicklungsförderlichen Elternverhaltens. *Frühförderung interdisziplinär*, 11, 1, 18-23
- Peterander, F. 1993 Skalen zur Messung entwicklungsförderlichen Elternverhaltens. *System Familie*, 6, 1, 36-47
- Peterander, F. et al. 1994 Validierung von Skalen zur Messung entwicklungsförderlichen Elternverhaltens. *System Familie*, 7, 2, 111-121
- Petermann, F. 1992a² Kontrollierte Praxis. In: R. Jäger/F. Petermann (Hrsg.), Psychologische Diagnostik. PVU, Weinheim
- Petermann, F. 1992b² Einzelfalldiagnose und klinische Praxis. Quintessenz,

München

- Petermann, F. 1996
Kontrollierte Praxis: Zur Einzelfallanalyse therapeutischer Prozesse. In: H. Reinecker/D. Schmelzer, Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement, Frederick Kanfer zum 70. Geburtstag. Hogrefe, Göttingen, 75-82
- Petermann, F./
Bochmann, F. 1995
Kontrollierte Praxis und Einzelfallanalyse in der psychiatrischen Versorgung. In: M. Hermer et al. (Hrsg.), Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Leske & Budrich, Opladen, 91-103
- Petzsche, K. 1996
Probleme der Effizienzprüfung psychomotorischer Förderprogramme mit verhaltensgestörten Kindern. In: K. Wessel/G. Moews, Wie krank darf der Gesunde sein? Zum Menschenbild von Psychologie und Medizin. Eine interdisziplinäre Begegnung. Kleine, Bielefeld, 178-187
- Phares, E. 1976
Locus of control in personality. General Learning Press, Morristown
- Piaget, J. 1975
Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Klett, Stuttgart
- Piaget, J. 1976
Die Äquilibration der kognitiven Strukturen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Piaget, J. 1998²
Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kind. Klett, Stuttgart
- Piaget, J./
Inhelder, B. 1987
Die Psychologie des Kindes. Klett-Cotta, München
- Philippi-Eisenburger, M. 1990
Motologie. Einführung in die theoretischen Grundlagen. Hofmann, Schorndorf
- Polzin, M. 1979
Kinderspieltheorien und Spiel- und Bewegungserziehung. Minerva Publikation, München
- Pschyrembel, W. (Begr.) 2000
Pschyrembel Wörterbuch. de Gruyter, Berlin
- Puls, E. 1997
Exemplarische Untersuchung zur Wirksamkeit von Fördermaßnahmen im Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung. In: C. Leyendecker/T. Horstmann (Hrsg.), Frühförderung und Frühbehandlung. Winter, Heidelberg, 23-32
- Reth-Scholten, K. 1989
Psychomotorische Förderung als Schulversuch. Arbeitskreis Internationaler Kongreß für Psychomotorik, Heidelberg
- Riksen-Walraven, M. 1978
Effects of caregiver behavior on habituation rate and self-efficacy in infants. *International Journal of Behavioral Development*, 1, 105-130
- Riksen-Walraven, M. 1991
Die Entwicklung kindlicher Kompetenz in Zusammenhang mit sozialer Unterstützung. In F. Mönks/G. Lehwald (Hrsg.), Neugier, Erkundung und Begabung bei Kleinkindern. Reinhard, Basel, 77-92

- Rogers, C. 1961 On becoming a person. Mifflin, Boston (dt. Entwicklung der Persönlichkeit. Klett-Cotta, Stuttgart, 1982)
- Rogers, C.R. 1987 Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. GwG Verlag, Köln
- Rogers, C.R. 1999 Therapeut und Klient. Fischer, Frankfurt
- Rohland, B. 1980 Zur Ontogenese des Körperselbstbildes und des Körperfremdbildes im Vorschulalter - untersucht an drei- bis siebenjährigen Kindern. Dissertation, Erfurt
- Rollett, B. 1970 Der Anstrengungsvermeidungstest (AVT-Versuchsfassung). Ritter, Rodenkirchen
- Rollett, B. 1977 Leistung versus Anstrengungsvermeidung. Psychologische Konsequenzen gesellschaftlicher Veränderungen. In: R. Koschnitzke/E. Plieg (Hrsg.), Probleme menschlichen Zusammenlebens und der Kommunikationsmechanismen bei Tieren. Studienverlag Dr. N. Brockmeyer, Bochum, 21-28
- Rollett, B./ Gasser, A. 1992 Demotivierung als Folge exzessiver Vorschulübungen. In: L. Montada (Hrsg.), Bericht über den 38. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier 1992. Hogrefe, Göttingen, 306-307
- Rosenbaum, R. 1972 A dimensional analysis of the perceived causes of success and failure. Dissertation, University of California, Los Angeles
- Rothbaum, F./Weisz, J. Snyder, S. 1982 Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37
- Rotter, J. 1954 Social learning and clinical psychology. Prentice-Hall, New York
- Rotter, J. 1966 Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: Psychological Monographs, 80 1, No. 609
- Rotter, J. 1972 An introduction to social learning theory. In: J. Rotter/J. Chance/E. Phares (Hrsg.), Applications of a social learning theory of personality. Holt, Rinehart & Winston New York, 1-43
- Rotter, J. 1975 Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67
- Rotter, J. 1990 Internal versus external locus of reinforcement. *American Psychologist*, 45, 489-493
- Rubinstein, S. 1971 Grundlagen der allgemeinen Psychologie. Volk und Wissen, Berlin
- Rudolf, H. 1986 Graphomotorische Testbatterie (GMT). Hogrefe, Göttingen

- Sacks, O. 1990 Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Rowohlt, Reinbek
- Saporoshez, A. 1948 Wie sich die Motorik des Vorschulkindes in Abhängigkeit von Motivation und Bedingungen seiner Tätigkeit ändert
- Scherler, K. 1975 Bewegung und Erfahrung. In: E. Hahn, Die menschliche Bewegung. Hofmann. Schorndorf, 93-104
- Schilling, F. o.J. Punktiertest für Kinder (PTK), Leistungsdominanztest. Manuskript, Philipps-Universität Marburg
- Schilling, F. 1979 Die Bestimmung der Händigkeit. *Motorik*, 2, 2, 43-49
- Schilling, F. 1988 Theorie und Praxis der Psychomotorischen Behandlung. In: G. Nissen (Hrsg.), Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Verlag Hans Huber, Bern, 120-127
- Schilling, F. 1990 Das Konzept der Psychomotorik - Entwicklung, wissenschaftliche Analysen, Perspektiven. In: G. Huber/H. Rieder/ G. Neuhäuser (Hrsg.), Psychomotorik in Therapie und Pädagogik. verlag modernes lernen, Dortmund, 57-77
- Schmidtchen, S. 1996 Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der Kinderspieltherapie, in: C. Boeck-Singelmann (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen, 99-127
- Schmidtchen, S. 1999 Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Beltz, Weinheim
- Schmidtchen, S./ Hobrucker, B. 1978 Effektivitätsüberprüfung der klientenzentrierten Spieltherapie bei Kindern aus Erziehungsberatungsstellen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 27, 4, 117-125
- Schmidtchen, S./ Engbarth, A. 1986 Welche Therapeuten- und Klientenvariablen bestimmen den Erfolg einer Spieltherapie? *Psychologie, Erziehung, Unterricht*, 33, 185-195
- Schneewind, K. 1998 Familienentwicklung. In: R. Oerter/L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie. Beltz, Weinheim, 128-166
- Schneewind, K. 1982 Persönlichkeitstheorien. Bd.1, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Schneewind, K./ Pfeiffer, P. 1978 Elterliches Erziehungsverhalten und kindliche Selbstverantwortlichkeit. In: K. Schneewind/H. Lukesch (Hrsg.), Familiäre Sozialisation. Klett-Cotta, Stuttgart, 190-205
- Schneewind, K./ Beckmann, M./ Engfer, A. 1983 Eltern und Kinder. Kohlhammer, Stuttgart
- Schraml, A. 1964 Das psychodiagnostische Gespräch (Exploration und Anamnese). In: R. Heiss/K. Groffmann/L. Michel (Hrsg.), Psychologische Diagnostik. Hogrefe, Göttingen, 868-898

- Schütze, Y. 1986
Der Verlauf der Geschwisterbeziehung während der ersten beiden Jahre. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 35, 135-137
- Schulke-Vandre, J. 1982
Grundlagen der psychomotorischen Entwicklung. Pahl-Rugenstein, Köln
- Schulte, D. 1996
Therapieplanung. Hogrefe, Göttingen
- Schulz, P. 1987
Die Situationsbewertung und die Entstehung unterschiedlicher Motivationszustände bei der Vorbereitung auf eine Sporthandlung. In: J. Janssen/W. Schlicht/H. Strang (Hrsg.), Handlungskontrolle und soziale Prozesse im Sport. bps-Verlag, Köln, 81-94
- Schwarz, N. 1987
Stimmung als Information. Springer, Berlin
- Seewald, J. 1992a
Kritische Überlegungen zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Motologie. *Motorik*, 15, 2, 80-93
- Seewald, J. 1992b
Vorläufiges zu einer "Verstehenden Motologie". *Motorik* 15, 4, 204-221
- Seewald, J. 1993
Entwicklungen in der Psychomotorik. *Praxis der Psychomotorik*, 18, 4, 188-193
- Seewald, J. 1996
Die Verstehen-Erklären-Kontroverse in der Motologie. In: M. Eisenburger/K. Fischer et al. (Hrsg.), Mosaiksteine der Motologie. Festschrift zum 60. Geburtstag von F. Schilling. Marburg
- Seewald, J. 1998a
Zwischen Pädagogik und Therapie - Entwicklungsförderung als Paradigma der Psychomotorik. *Praxis der Psychomotorik*, 23, 3, 136-143
- Seewald, J. 1998b
Bewegungsmodell und ihre Menschenbilder in verschiedenen Ansätzen der Psychomotorik. *Motorik*, 21, 4, 151-158
- Seewald, J. 2000
Durch Bewegung zur Identität? Motologische Sichten auf das Identitätsproblem. *Motorik*, 23, 3, 94-101
- Seiffert, E./
Wendler, M. 1995
Kinder mit Lese- und Schreiblernschwierigkeiten: Zum Einsatz eines graphomotorischen Komplexbildes im Rahmen eines schulischen Beratungsangebotes. *Motorik*, 18, 3, 86-96
- Seligman, M. 1970
On the generality of the laws of learning. *Psychological Review*, 77, 406-418
- Seligman, M. 1975
Helplessness. On depression, development and death. Freeman, San Francisco
- Seligman, M. 1999
Erlernte Hilflosigkeit. Beltz, Weinheim
- Shoda, Y./Mischel, W./
Peake, P. 1990
Predicting adolescent cognitive and self-regulatory competencies from preschool delay of gratification: Identifying diagnostic conditions. *Developmental Psychology*, 26, 978-986
- Singh, A. 1983
Socio-cultural deprivation and locus of control.

- Psychological Studies*, 28, 90-91
- Specht, F. 1990 Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39, 347-353
- Stadler, C./Janke, W./ Schmidt-Atzert, L. 1997 Der Einfluss der Intentionsattribution auf aggressives Verhalten im Vorschulalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, Bd.29, 1, 43-61
- Steingruber, H./ Lienert, G. 1976² Hand - Dominanz- Test (HDT). Hogrefe, Göttingen
- Stiensmeier, J. 1986 Wichtigkeit und Kontrollerleben als Bedingungen von Lageorientierung. *Archiv für Psychologie*, 138, 127-138
- Suess, G. 1987 Auswirkungen frühkindlicher Bindungserfahrungen auf die Kompetenz im Kindergarten. Dissertation, Universität Regensburg
- Supersaxo, A./ Perrez, M./ Kramis, J. 1986 Beeinflussung der kausalen Attributionstendenzen von Schülern durch Lehrerattribution. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 33, 108-116
- Sutton-Smith, B./ Rosenberg, B. 1970 The Sibling. Holt, Rinehart and Winston, New York
- Szivos, S. 1991 Social comparisons with siblings made by adolescent with a learning difficulty. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 201-212
- Tellegen, P./ Winkel, M. 1996 Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest. Hogrefe, Göttingen
- Thomas, A./Chess, S./ Birch, H. 1968 Temperament and behavior disorders in children. University Press, New York
- Todt, E. 1979 Entwicklung der Motivation. In: H. Hetzer/E. Todt et al. (Hrsg.), *Angewandte Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters*. UTB, Quelle&Meyer, Heidelberg
- Toman, W./ Preiser, S. 1973 Familienkonstellationen und ihre Störungen. Enke, Stuttgart
- Trope, Y. 1982 Self-assessment and task performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18, 201-215
- Undeutsch, U. 1983 Exploration. In: H. Feger/J. Bredenkamp (Hrsg.), *Datenerhebung*. Hogrefe, Göttingen, 321-361
- van Lieshout, C./ van Aken, M./ van Seyen, E. 1991 Peer-Beziehungen aus der Sicht von Müttern, Lehrern und Freunden und aus der Sicht des Kindes. In: F. Mönks/ G. Lehrwald (Hrsg.), *Neugier, Erkundung und Begabung bei Kleinkindern*. Reinhardt, München, 102- 118
- Vise', M./
- Determinanten der Leistungsvorhersage bei Kindergarten-

- Schneider, W. 2000 und Grundschulkindern: Zur Bedeutung metakognitiver und motivationaler Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 32, 2, 51-58
- Volkamer, M./ Zimmer, R. 1986 Kindzentrierte Mototherapie. *Motorik*, 9, 2, 49-67
- Walter, D./ Ziegler, C. 1980 The effects of birth order in locus of control. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 15, 293-294
- Watson, J. 1967 Memory and 'contingent analysis' in infant learning. *Merrill-Palmer Quarterly*, 13, 55-76
- Watson, J./ Ramey, C. 1972 Reactions to response-contingent stimulation in early infancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 219-227
- Weiner, B. 1976 Theorien der Motivation. Klett, Stuttgart
- Weiner, B. 1980a A cognitive (attribution) - emotion action model of motivated behavior: An analysis of judgements of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 186-200
- Weiner, B. 1980b May I borrow your class notes? An attributional analysis of help-giving in an achievement-related context. *Journal of Educational Psychology*, 72, 676-681
- Weiner, B. 1986 An attributional theory of motivation and emotion. Springer, New York
- Weiner, B. 1992 Human motivation: metaphors, theories and research. Cal. Sag., Newberry Park
- Weiner, B. 1994³ Motivationspsychologie. Beltz, Weinheim
- Weiner, B./Frieze, I. Kukla, A. 1971 Perceiving the causes of success and failure. General Learning Press, New York
- Weiner, B./ Kukla, A. 1972 An attributional analysis of achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15, 1-20
- Weiner, B./ Russell, D./ Lerman, D. 1978 Affective consequences of causal ascriptions. In: J. Harvey/ W. Ickes/R. Kidd (Hrsg.), New directions in attribution research. Vol. 2, Erlbaum Press, Hillsdale, 59-90
- Wessling-Lünnemann, G. 1983 Motivationsförderung im Unterricht. In: R. Erdmann (Hrsg.), Motive und Einstellungen im Sport: ein Erklärungsansatz für die Sportpraxis. Hofmann, Schorndorf, 115-155
- White, R. 1959 Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333
- Wicklund, R./ Frey, D 1993² Die Theorie der Selbstaufmerksamkeit. In: D. Frey (Hrsg.), Kognitive Theorien der Sozialpsychologie. Verlag Hans Huber, Bern, 155-174
- Wygotski, L. 1978 Denken und Sprechen. Fischer, Frankfurt
- Zajonc, R. 1984 On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39,

117-123

Ziegler, A./
Schober, B. 1997

Reattributionstrainings. Roderer, Regensburg

Zimmer, R. 1999

Handbuch der Psychomotorik. Herder, Freiburg

Zimmer, R./
Volkamer, M. 1984

MOT 4-6. Motoriktest für vier bis sechsjährige Kinder. Beltz,
Weinheim

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Dissertation unter Verwendung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.